أيه. بى. دِن إكستر

قانون دولى للرعاية الصحية

التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية

ترجمة
أحمد زكى أحمد
علاء غنام

مراجعة
محمود خيال

المركز القومى للترجمة

2448



يستكشف كتاب "القانون الدولى للصحة: التضامن والعدالة فى الرعاية الصحية" القيم المعيارية المحددة لمعالم النظم الصحية من المنظور المحلى والدولى. تم دعوة أكاديميين كبار من أنحاء العالم لتفسير العناصر الرئيسية للنظم الصحية وشرحها، وتقديم تحليل للقضايا المعاصرة والعوامل الرئيسية التي تصوغ شكل الرعاية الصحية، وفى الوقت نفسه تأخذ فى اعتبارها المبادئ التى تسمح بالوصول إلى الرعاية الصحية وتصورات العدالة والتضامن، وقد تم صياغتها كأعراف معاهدة دولية، تفسر وتلون معنى الحق الأصيل فى الرعاية الصحية.

يستطيع الكتاب- فى النهاية- المساهمة فى تخفيض أشكال التفاوت الصحى وتدعيم النظم الصحية بشرحه للسياق المحلى والعولمى للنظم الصحية المعاصرة بمعايير الوصول للرعاية الصحية والتضامن والعدالة.

تصميم الغلاف: هانى الشناوى

قانون دولى للرعاية الصحية

التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية

المركز القومى للترجمة
تأسس فى أكتوبر ٢٠٠٦ تحت إشراف: جابر عصفور
مدير المركز: أنور مغيث

- العدد: 2448
- قانون دولى للرعاية الصحية: التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية
- أيه. بى. دِن إكستر
- أحمد زكى أحمد، وعلاء غنام
- محمود خيال
- اللغة: الإنجليزية
- الطبعة الأولى 2016

هذه ترجمة كتاب:
INTERNATIONAL HEALTH LAW:
Solidarity & Justice in Health Care
Edited by: A.P. den Exter

شارع الجبلاية بالأوبرا- الجزيرة- القاهرة. ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ فاكس: ٢٧٣٥٤٥٥٤
El Gabalaya St. Opera House, El Gezira, Cairo.
E-mail: nctegypt@nctegypt.org Tel: 27354524 Fax: 27354554

قانون دولى للرعاية الصحية

التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية

تحرير: أيه. بى. دِن إكستر

ترجمة: أحمد زكى أحمد

علاء غنام

مراجعة: محمود خيال

2016

دار الكتب المصرية
فهرسة أثناء النشر إعداد إدارة الشئون الفنية

قانون دولى للرعاية الصحية: التضامن والعدالة فى مجال الرعاية الصحية / تحرير أيه . بى . دن إكستر؛ ترجمة أحمد زكى أحمد، علاء غنام؛ مراجعة محمود خيال. - القاهرة: المركز القومى للترجمة، ٢٠١٦.
عدد الصفحات: ٣٩٢ صفحة.
المقـــــــاس: ١٧ × ٢٤ سم.
تدمك ٢ ٧٢٩ ٩٢٠ ٩٧٧ ٩٧٨
١ - الرعاية الصحية - قوانين وتشريعات
أ- إكستر، أيه. بى. دن (محرر)
ب - أحمد، أحمد زكى (مترجم)
جـ - غنام، علاء (مترجم مشارك)
د- خيال، محمود (مراجع)

٣٤٢,٠٣٢١

رقم الإيداع
٢٠١٦/١٤٦٠٠

مطابع الأهرام التجارية - قليوب

تهدف إصدارات المركز القومى للترجمة إلى تقديم الاتجاهات والمذاهب الفكرية المختلفة للقارئ العربى وتعريفه بها، والأفكار التى تتضمنها هى اجتهادات أصحابها فى ثقافاتهم، ولا تعبر بالضرورة عن رأى المركز

المحتويات

الجزء الرابع: إفريقيا والحق في علاج الإيدز

الجزء الخامس: أستراليا وآسيا

مدخل

أندريه دن إكستر

القانون الدولي للصحة، التضامن والعدالة في الرعاية الصحية

في القرن الواحد والعشرين، تظل مشاكل الرعاية الصحية المُركبة دون حل. تهيمن على الجدل المعاصر قضايا التعارض ما بين المصالح العامة والحقوق الفردية، ونشوء واتساع أزمات الصحة العامة في البلدان منخفضة الدخل، وتحديات اللوائح التنظيمية لأنشطة أعضاء المهن الصحية وتأثيرات العولمة على (نظم رعاية) الصحة. وبشكل ما تكشف هذه المشاكل ضعف (التشريعات المنظمة لقواعد عمل) النظم الصحية في استجابتها لهذه التحديات. ولهذا، أصبح من الواجب على المدافعين عن الصحة وصناع السياسات الصحية – أكثر مما مضى – التركيز على القيم المعيارية المحددة لمعالم الرعاية الصحية.

أحدى هذه القيم الجوهرية هي الحق في الرعاية الصحية. عموما من الممكن القبول بفكرة "الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية" (Access) كحق أصيل من حقوق الإنسان. حددت العديد من الوثائق القانونية الوطنية والعالمية كلا من محتوى ومجال مثل هذا الحق، حيث لعبت الهيئات القضائية دورا حاسما في تدعيم تنفيذ أحكام الدعاوى القانونية المتعلقة بالرعاية الصحية (الخاصة بالأفراد). وبينما تستفحل أزمة الصحة، تصبح قضية الفعالية والكفاءة هي تعويذة لأنواع من إصلاح النظم الصحية، التي تستهدف ضمان نظام صحي فعّالاً. فإصلاحات مثل "تطبيق قوانين السوق" على نظام التأمين الصحي الاجتماعي و/أو الخدمات الصحية، ممزوجة باحتياج متزايد من المريض للرعاية الطبية مع شُح الموارد (المالية)، ومن ثم، الحاجة إلى وضع اختيارات ميدان الرعاية الصحية في سلم أولويات. تفرض مثل هذه الأوضاع تحديا

أمام العناصـر الرئيسـية للنظام الصـحي القوي: الحق في الرعاية الصحية[1]. والأمر المهمُّ هنا هو تمييز الحق في أنه الحق في أعلى مسـتوى من الصـحة يمكن بلوغه كقيمة يرتكز عليها بناء نظام صحي متكامل وسهل الوصول إليه (ص ٦).

فكرة الوصـول إلى الرعاية، عند تفسـيرها بالقدرة "المتساوية" على الوصول إلى منشآت الرعاية الصحية الضـرورية، تثير عددًا من الأسئلة الجوهرية المتنوعة، مثل كيف نفسر القدرة المتساوية على الوصـول؟ بشكل واضح، القدرة المتساوية تتضمن غياب أي تمييز ظالم ولكنها ليست مرادفة للمساواة المطلقة[2].

تقضـي ضـمنا "القدرة المتسـاوية على الوصـول" أنك تحصـل فعليـا على درجة ضـرورية من الرعاية الصـحية، ولكن عندئذ ما الذي نسـتطيع اعتباره ضـروريا، ومن الذي يقرر ذلك؟ طبقا للتقرير التفسـيري لاتفاقيـة الطب الحيوي Biomedicine Convention، يجب أن تتوافق القدرة المتسـاوية على الوصـول إلى الرعاية الصحية مع الاحتياجات "الطبية" للشـخص[3]. وهذا يسـتدعي أن يرجع ذلك إلى قرار الطبيب المعالج لما هو ضـروري في كل حالة فردية، بناء على المعايير الطبية والمعايير التي يمكن استخلاصها طبيا بشكل صـرف. يفرض مفهوم القدرة المتساوية أيضا التضامن مع الشـخص الذي تنشـأ لديه الحاجة. ومـع ذلك، في حالة اللاجئين غير الشـرعيين والفئات الضـعيفة الأخرى، القدرة المتسـاوية على الوصـول أو التضامن مع هؤلاء الذين تنشأ لديهم احتياجات طبية، هو أمر غير مقبول بشكل عام. فقدرة اللاجئين على

---

(1) Social Human Rights Council, Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights. Report of the special reporter on the right to everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/HRC/7/11, 31 January 2008.

(2) Explanatory report. Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. Oviedo 4.IV.1997, ETS No. 164 (Convention on Human Rights and Biomedicine), as confirmed by the Special reporter's report ... 'responsive to the particular health needs', p. 11-12.

(3) Ibid.

الوصـــول إلى الرعاية الصحية يقيدها القانون الوطني ، وغالبا ما يتم تفسيرها على أنها القدرة على الوصول إلى رعاية حالات الطوارئ العاجلة فقط . ولذلك ، لا يمتد مفهوم التضامن في الرعاية الصحية ليغطي التضامن "الأممي" ، أو على الأقل ، لا يصل إلى نفس المدى .

ولكن حتى على المســتوى الوطني تقع فكرة التضــامن تحت ضــغوط . تقليديا يقوم التضامن في تمويل الرعاية الصحية على أساس (مزيج من) الدخل وترتيبات التضامن فــي حالة المخاطر . ومــع ذلك الاهتمام المتزايد بإدخال عناصــر الســوق في كلٍّ من عمليات تمويل وتقديم خدمات الرعاية الصــحية ، والجدل المســتمر حول آليات الدفع الشخصــية ، وإخــراج قائمة الخدمات الطبيــة من حزم التأميــن الاجتماعي ، والجدل حول اشــتراكات التأمين الابتدائية المتعلقة بنمــط الحياة واقتراحات مبادرات الادخار الشخصــية (الإضــافية) مثل حســابات التوفير الطبية (Medical Saving Accounts) ، كل ذلك يعكس بوضــوح تغيرا في صــورة التضامن من التضــامن غير المشروط بين الغرباء (Solidaritat zwischen Fremden) إلى مفهوم أكثر تقييدا أو نمط مشروط من التضــامن(٤). سواء تماشــى مثل هذا التطور مع قانون الأمن الاجتماعي الدولي أم لا ، تظل تلك مسألة مرئية لنا مع الوقت .

يشير التضامن بوصفه شــرطا للقدرة "المتساوية" على الوصول للرعاية الصحية ، إلى فكرة العدالة (الاجتماعية) ، وتقضــي فكرة العدالة الاجتماعية ضــمنا إعادة توزيع الســلع المُنتَجــة ، حيــث يتطلب التمييز فــي المعاملــة تبريــرا . راولــز (Rawls) في كتابــه "A Theory of Justice" ، دافــع عن التفاوت في العــلاج (الطبي) بناء على مبدأ الاختــلاف ، الذي يمكن به تبرير التفاوت إذا ما كان هذا التباين مصــمما لجلب – وهو يجلب فعليا – أعظم فائدة ممكنة للآخرين الأسوأ وضعا(٥).

---

(٤) كما افترضه مجلس الدولة الهولندي في تقريره ، بعنوان:
'Tenable solidarity in health care systems'(in Dutch), Signalementen RVZ Zoetermeer, 2005 .

(5) J. Rawls, A Theory of Justice (Oxford: Oxford University Press, 1971), p. 105-106.

ومع ذلك النظريـة الأكثر قبولاً هي تلك التي طورهـا "فالتزير (Walzer)"، الذي ينادي بأن تنويعة السلع المُنتَجة تتطلب معايير توزيع مختلفة (مثلا، الحلوى المقدمة بعد الوجبات العظيمة، المؤهلات، الاحتياج، الولاء السياسي، التبادل الحر)، وهي أمور لا تتعايش مع بعضها بسهولة. تبحث العدالة التوزيعية عن المبادئ الداخلية لكل معيار توزيعي[6]. في داخل مجال الرعاية الصحية (الأمن والرفاهة)، الحاجة هي المعيار التوزيعي، المشتق عن المبدأ الماركسي الشهير: "لكل حسب احتياجه، ومن كل حسب قدرته"، الذي روجع في صورة: من كل حسب قدرته (أو موارده) إلى كل حسب احتياجاته المعترف بها اجتماعيا (ص ٩١). هذه الاحتياجات المعترف بها اجتماعيا تقوم على أساس القيم المشتركة بين الاحتياجات والصحة. وحيث إن احتياجات الفرد غير محدودة، قامت اتفاقية الطب الحيوي (Biomedicine Convention) توا بشرح الاحتياجات بأنها الاحتياجات "الطبية"، بمعنى أن الطبيب المعالج هو الذي يقرر شكل التفاوت في الوصول إلى الرعاية الصحية، بناء على المعايير الطبية والمعايير القياسية للمهنة. وحيث إن الموارد شحيحة، يجب اتخاذ اختيارات صعبة لوضع قوائم للخدمات الصحية أو شطبها من تلك القوائم، ويجب أن تكون اختيارات سياسية. ومن هنا نشأت فكرة خضوع الاحتياج للتحديد السياسي (ص ٦٧)، ووضع معالم تفصيلية لحدود مجال الرعاية الصحية. وعندما نصنع ذلك، تصبح وظيفة الوثائق القانونية متعددة الأطراف مثل اتفاقيات الحقوق الاجتماعية (social rights conventions) واتفاقيات المعايير القياسية الدنيا (minimum standards conventions) هي كونها أدوات وضع معايير قياسية في عملية صنع قرارات السياسة الصحية (كما شرحها شوكينز (Schoukens) في مساهمته "الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية: الرعاية الصحية طبقا لأدوات قانون الأمن الاجتماعي الأوروبي والدولي").

---

(6) M. Walzer, Spheres of Justice: a defense of pluralism and equality, (New York: Basic Book, (1983, p. 4).

القانون الدولي الموضوعي للصحة

يستكشف كتاب "قانون دولي للرعاية الصحة: التضامن والعدالة في مجال الرعاية الصحية" القيم المعيارية المحددة لمعالم النظم الصحية من المنظور المحلي والدولي. تم دعوة أكاديميين كبار من أنحاء العالم لتفسير وشرح العناصر الرئيسية للنظم الصحية، وتقديم تحليل للقضايا المعاصرة والعوامل الرئيسية التي تصوغ شكل الرعاية الصحية، وفي نفس الوقت تأخذ في اعتبارها المبادئ التي تسمح بالوصول إلى الرعاية الصحية. تصورات العدالة والتضامن، وقد تم صياغتها كأعراف معاهدة دولية، تفسر وتلون معنى الحق الأصيل في الرعاية الصحية.

يستطيع كتاب "قانون دولي للرعاية الصحة" (في النهاية) المساهمة في تخفيض أشكال التفاوت الصحي وتدعيم النظم الصحية بشرحه للسياق المحلي والعولمي للنظم الصحية المعاصرة بمعايير الوصول للرعاية الصحية (access) والتضامن والعدالة.

تحليل المشاكل الناشئة والمتسعة (مثل مبادرات القطاع الخاص المتزايدة في أسواق الرعاية الصحية وتأثيراتها على القدرة المتساوية على الوصول، وهموم حقوق الإنسان وإصلاحات النظام الصحي... (إلخ) يُظهر علاقة واضحة بالمبادئ الصحية، على سبيل المثال فالنظام الصحي الذي يمارس تمييزا ضد أفراد أو فئات خاصة يتصادم مع أفكار العدالة ومبادئ المساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وحتى بالمزيد، يكشف التحليل أن إصلاحات النظم الصحية وحقوق الرعاية الصحية تعتمد بعضها على بعض، حيث لا يمكن النجاح في تحقيق أحدهما دون أخذ البعد الآخر في الحسبان[٧]. تُمكّن تلك المخرجات البحثية حول إصلاحات النظم الصحية صناع السياسة الصحية من إعادة صياغة استراتيجيات الإصلاح الابتدائية حيثما كان ذلك ضروريا.

ثانيا: قد يكون تحليل تشريعات الوصول إلى الرعاية الصحية أمرا وثيق الصلة بالمدافعين القانونيين عن قضايا الصحة في نظم قانونية أخرى، عندما تواجههم نواحي القصور في النظم الصحية وأشكال عدم المساواة في شئون الصحة.

---

(٧) كما تأكد ذلك في تقرير مجلس حقوق الإنسان، الهامش رقم ١.

يستطيع المرء وهو مدرك جيدا للدور المحدود في تحسين المستويات الصحية القياسية وتخفيض صور التباين في مجال الصحة – أن يتساءل عن جدوى تركيز بؤرة الاهتمام على الرعاية الصحية. فعليا، يظل الفقر السبب الأكبر للمرض، ولكن الفقر يعتبر أيضا عاملاً يتجاوز السيطرة المباشرة للطب والرعاية الصحية(٨). دون شك يجب أن تظل محاربة الفقر واحدة من الأهداف المتقدمة(٩). ورغم ذلك لا يوجد سبب يجعلنا لا نلتزم بتحقيق نظام صحي يصل لكل واحد من الناس، السليم والمريض، الغني والفقير. وهذا هو السبب الذي جعل المؤلفين الذين ساهموا في هذا الكتاب يقلصون من مفهوم الصحة ويقصرونه في كتابتهم على الرعاية الصحية(١٠).

بنية الكتاب

يضم الجزء الأول من الكتاب نماذج قانونية لمختلف جوانب القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية. وترتبط فصول هذا الجزء بالاهتمام بهذا الحق الأساسي في كل عناصره، بداية من عرض صور المنظور الدولي لمبدأ الوصول إلى الرعاية الصحية ثم تغطية نماذج مختلفة لإصلاح النظم الصحية والوصول إلى الرعاية، كما يعالج الجزء الأول المفاهيم المختلفة للتضامن والعدالة كجزء من دراسة خبرات الدول المختلفة، حيث يُقدم الباحثون مساهمات متميزة وقيّمة، إضافة للجدل المحلي والعالمي حول الجوانب القانونية للسياسات الصحية التي تضمن القدرة المتساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية في مواجهة مفاهيم السوق واتجاهات النظر إلى المريض باعتباره مستهلكا أو عميل خدمة!

---

(٨) نردد هنا صدى أقوال رواد القرن التاسع عشر في الطب الاجتماعي مثل هنري سيجريست (Henry Sigerist)، المذكورة في:

Inequalities in Health. Report of a research working group (the Black report), the Department of Health and Social Security (DHSS), UK, 1980, p. 3.

(٩) حول إدراك المنافع المشتركة للتقدم الاقتصادي على تحسين الصحة، انظر:

B. Mason Meier and A.M. Fox. "Development as Health: Employing the Collective Right to Development to Achieve the Goals of the Individual Right to Health." HRQ 30.355-259 (2008).

(١٠) نحن نرجّع صدى هنري سيجريست أحد رواد الطب الاجتماعي في القرن التاسع عشر.

Report of a research working group (the Black report), published by the Department of Health and Social Security (DHSS), UK, 1980, p. 3.

يبدأ الكتاب بفحص القوام القانوني للحق في الوصول إلى الرعاية الصحية في إطار القانون الدولي يقدمه بول شوكينز، حيث يؤكد أهمية تحقيق القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في إطار كل من القانون الدولي للأمن الاجتماعي، والقوانين الدولية لحقوق الإنسان التي تضع عادة الحد الأدنى للأمن الاجتماعي والحماية من المخاطر، مما يشمل القدرة على الوصول للرعاية الصحية وتدعيم التوافق مع نظم الرعاية الاجتماعية من خلال احترام هذه الاتفاقيات والقوانين، وإعادة التفكير في وضع معايير آليات المشاركة لقياس القدرة على الوصول ومخرجات الرعاية الصحية. تكرّس المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان الالتزامات القانونية على الدول لاحترام وحماية تلك الحقوق كما يتضح من الحالات القانونية، حيث تمارس السلطات القضائية قياس توافق معايير الأمن الاجتماعي مع مبادئ حقوق الإنسان (مثل: احترام الخصوصية والحياة الأسرية ومنع المعاملة غير الإنسانية والحفاظ على الملكية العامة). وما يجعل البعض مشجعا لهذا التوجه العملي للسلطة القضائية هو أن السلطة القضائية تضع هكذا أسس العلاقة بين الحقوق الفردية والحقوق الاجتماعية وما يُثمِر عن ذلك من نتائج. وتستمر تساؤلات "بول شوكينز" حول قدرة القضاء على تحديد الطبيعة الخاصة لمنظومة الحقوق الجماعية مثل: إعادة توزيع مخصصات الصحة بين المواطنين من منظور الاهتمام الجمعي بذلك.

ويغطي الجزء الثاني من الكتاب: مشاركات متعددة تركز على نظامين صحيين في أوروبا، يعتبران نموذجين مختلفين تمامًا، نظام التأمين الصحي الاجتماعي في هولندا، ونظام الخدمات الصحية الوطني في المملكة المتحدة. وعبر مداخل متعددة يؤكد المشاركون على البعد الجماعي ([بوييسن/نيوديك Martin Buijsen/Christopher Newdick]) والبعد الفردي (دن إكستر [André den Exter]) في القدرة على الوصول للرعاية الصحية. ولسنا في حاجة إلى القول إنه بسبب تنوع النظم الصحية في أوروبا، فإن مخرجات هذين النظامين – كما شرحناهما لا تعكس بالضرورة المقاربة الأوروبية للعدالة والتضامن في الرعاية الصحية.

يجادل مارتن بوييسن (Martin Buijsen) حول تفسير العدالة والتضامن في الرعاية الصحية باعتبارهما مُكوّنا قويا من مكونات قطاع الرعاية الصحية، فالعدالة كما ذكرها أرسطو قديما تتعلق بالمساواة، فالعدالة تخدم فكرة المساواة - وعلى وجه الخصوص للضعفاء والمعوزين، ومن ثم تتضح أهمية عملية توزيع الرعاية الصحية استنادا إلى الاحتياج وليس القدرة المالية، واتساقا مع نظرية "فالزير" في مجال العدالة. ويحلل "بوييسن" مفهوم العدالة في الرعاية الصحية من خلال مثال الإصلاح الصحي الذي تم مؤخرا في هولندا. وكمثال على ذلك إدخال مدفوعات إضافية يتحملها المريض والتي تُسمى إعادة التمويل دون مطالبات - وتقديم نقاط تحفيز للمتبرعين بالأعضاء البشرية، وترتيبات أولويات العلاج التي تتزايد في ظل ندرة الموارد والجدل حول عدالة التوزيع، وضرورة اللجوء إلى إجراءات مؤلمة لا يمكن تجنبها وهكذا يتصاعد الجدل الأخلاقي! وحسب مقتطف من "مارتن بوييسن" يشرح فيه العلاقة مع التضامن، "ليس من الخطأ ربط التضامن من منظور معياري بالعدالة؛ لأنه يرجع إلى الواجب الديني التوراتي لرعاية الفقراء، مما يضيف إليه ضمنا قدرا من القوة، رغم الصعوبات التي تؤدي إلى اختيارات أخلاقية وسياسية مؤلمة". وفي سياق القدرة المتساوية للوصول إلى التأمين الصحي الاجتماعي - ومهما كانت الأوضاع - يطالب "بوييسن" بوضع مواصفات للاحتياجات، خاصة في جانب المزايا التي لا يمكن فصلها عن جانب الاشتراكات والمدفوعات الإضافية. لذا فهو يرى أن مشروع الإصلاح الصحي الذي يتجاهل الفصل بينهما ينتهك التضامن بشدة!!

وتتكامل المداخلة التالية "حول التقاضي والقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في هولندا، وتحديات القانون والمعاهدات الدولية" مع مقاربة "مارتن بوييسن" الفلسفية والقانونية. إذ يقوم أندريه إكستر فيها باستكشاف المساءلة القانونية للحق في الوصول إلى الرعاية الصحية بهولندا في ظل القانون الدولي - وعادة ما تُفسَّر المساءلة القانونية للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية من منظور استحقاقات التأمين الصحي الاجتماعي؛ لذا ففي سياق قانون التأمين الصحي الهولندي الجديد، يحق للمُؤمَّن عليه أن يُقاضي نوع الرعاية التي يستحقها من مقدم الخدمة المتعاقد

معه. وفي التحليل يتضح مفهوم الحق في الرعاية الصحية في إطار القانون الدولي، ومعاييره التي تشمل لوائح تنظيم التجارة في الاتحاد الأوروبي التي تُستخدم مثلاً لتدعيم الحقوق الإيجابية من منظور استحقاقات المزايا التأمينية.

وكم قدر اختلاف مساهمة "كريستوفر نيودايك" [Christopher Newdick] في مناقشته لمفهوم التضامن من زاوية التضامن والحقوق والرفاه الاجتماعي في النظام الصحي البريطاني مقابل مدخل الطب الحيوي للنظام؟ يجادل نيودايك أيضا حول ضرورة مقاومة دعوات تدخل القضاء بشكل أكثر نشاطا في توزيع فعليّ لمخصصات الموارد العامة المحدودة. وهنا يحلل نيودايك طبيعة ومحتوى الحق في التضامن عبر تخصيص موارد نظام الخدمات الصحية الوطني فى المملكة المتحدة. فموقفه على عكس اتجاهات أخلاقيات العلوم الحيوية ذات الشعبية، فهو يدافع عن التحلي بشعور أقوى بالأخلاقيات المؤسسية القادرة على إحداث توازن بين المطالب الفردية بحقوق ملموسة وبين الحاجة للتضامن والتماسك الاجتماعي داخل المجتمع ككل.

وفي الجزء الثالث من الكتاب، ومقابل المقاربة الأوروبية التي تشجع حركة المريض بين دول الاتحاد الأوروبي، لجأت المحكمة العليا الكندية إلى توجهات مختلفة في مثال شهير حول: وقت انتظار المرضى ودور التأمين الصحي الخاص (قضية كاولي ٢٠٠٥ [Chaoulli Legacy]) وتحت عنوان: "حقوق الرعاية الصحية في كندا"، ناقش كلٌّ من فلود وخافيير [Colleen Flood and Sujith Xavier] استجابة الحكومة لحكم المحكمة الذي أثار الجدل (ميراث كاولي [Chaoulli Legacy])، إضافة إلى الاستنتاجات الخاصة بالحكم حول تحرير القانون المتعلق بالتأمين الصحي الخاص ودعاويه المختلفة للرعاية الصحية التي تستند إلى الميثاق الكندي للحقوق والحريات. يتعرض الباحثان لثلاثة تحديات حديثة تواجه النظام الصحي الكندي.

وفي مقاربة "تيموثي سولجفوس جوست" [Timothy Stoltzfus Jost] حول الوصول إلى الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، تحت عنوان "مفاهيم متضاربة عن العدالة وقليل من التضامن"، يقدم المؤلف رؤية فريدة حول نظام

صــحي خاص جدا. "في أفضل حالاتها، الرعاية الصــحية الأمريكية هي الأفضل في العالــم"(١١). وبغض الطرف عن إنجازات النظام الصــحي الأمريكــي المتمثلة في أن ١٧,٥ ٪ من الســكان غير مُؤمَّــن عليهم – أثناء التبطل عن العمل – ويحصــلون على رعاية أدنى وإذا حصلوا عليها بعد فوات الأوان قد لا يكونون في حاجة إليها؛ لذا يدعو "جوســت" إلى مقاربة مختلفة لتوســيع غطاء الرعاية الصحية التأمينية، رغم أن كثيرا من الأمريكيين لا يدعمون توســيع البرامج العامــة لتغطية غير المُؤمَّن عليهم. ونتيجة تأثير نفوذ مجموعات السياســات الصحية المدافعة عن منهج "رعاية صحية للمستهلك" حيث يدّعون أن مشــاكل السياســة الصــحية لا ترجع إلى نقص التغطية التأمينية ولكن إلى تعدد أشــكال التأمين مما يخفض من أســعار الخدمات الصحية للمستهلكين. وتأثرا بالنظم الصحية الأوروبية في مفهوم التضامن، ينتقد "جوست" [Timothy Jost] خطط الصــحة التي تدعو إلى آليات السوق والاســتهلاك، (مثل: حسابات الادخار الصحي) حيث إن هذه الخطط تخدم نسبيا الأغنياء الأمريكيين.

وفي الفصــل السابع: الصحة في شــيلي (هل تبذل الحكومة كل ما فى وسعها لتحقيق العدالة الاجتماعية؟). تفحص الباحثة ســيلفيا بورثوتســكاى [Silvia Borzutzky] أهم ملامح المشــاكل التي تواجه النظام الصــحي في شــيلي، ودعم ما يُســمى (خطة إيجي [Plan AUGE]) المطبقة منذ عام ٢٠٠٤ في مواجهة حكم بينوشــيه، وسياســات الســوق التي اتبعها بينوشيه في الصحة. تحتوي خطة إيجي [Plan AUGE] على مقاربة مبتكرة تستعيد مفهوم التضامن والقدرة المتساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية.

ويتضــمن الجزء الرابع تركيزا على وباء الإيدز في القارة الإفريقية؛ حيث يصــبح جليا أن حماية وترقية حقوق الإنسان، تُعد من المفاتيح الأساسية في الحفاظ على صحة الأفراد والســكان. من منظور وباء الإيدز، يقوم الباحثون بتقييم السياسات الصحية، إضــافة إلى بنية آليات التشريع في جنوب إفريقيا من خلال قضايا نُظِرت أمام المحكمة

---

(11) Federal Trade Commissions/Department of Justice. Improving Health Care: A Dose of Competition. Washington DC, 2004, p. 1.

الدستورية من أجل احترام الحق في الصحة، حيث وفرت آليات التشريع مسارا غير مسبوق للعدالة الاجتماعية عبر دوافعها لإنفاذ الحق في الصحة. وقد أظهرت الخبرة الإفريقية أن إنفاذ الحق ربما يتداخل في الواقع العملي إلى حد كبير مع التضامن الجماعي والعدالة. كما أظهرت هذه الخبرة المنظور الافتراضي للحقوق الفردية السياسية والاجتماعية داخل الإطار المجتمعي النابع من الثقافة الإفريقية التقليدية (ubuntu) التي تحترم التضامن الجماعي الإنساني والمسئولية المتبادلة والاحترام والكرامة والقيم لكل فرد في المجتمع. في مساهمة ليزا فورمان [Lisa Forman] "العدالة والتقاضي: التقدم التضامن والعدالة ومن خلال حقوق مواطنى جنوب إفريقيا فى التشريعات الصحية"، تستكشف الباحثة هذه الجوانب من الأحكام الصادرة عن المحكمة الدستورية حول الحق في الصحة، وتبعث برسالة واضحة إلى الثقافات القانونية الأخرى بخصوص قابلية الحقوق الاجتماعية والواجبات الإيجابية الأخرى للتقاضي حولها. "فهي تصور الطاقات الكامنة للدور القضائي في إنفاذ الحقوق التي تجيب على هموم القضايا التي لا تنتهي بغُرم لمجموع المتنازعين (Zero-sum claims) وفعليا اختبار الجدارة المؤسسية والشرعية الديموقراطية لمراجعة القضاء للسياسات الاجتماعية.

وعلى منوال جنوب إفريقيا، تكافح أغلب النظم الصحية – في إفريقيا جنوب الصحراء – وباء الإيدز. وأحد الحلول التي تواجه به هذه البلاد الأزمة الصحية هو التوسع في برنامج العلاج الدوائي للإيدز (ART). في مساهمة: ""الأثر طويل المدى للتوسع فى علاج فيروس الإيدز على إضعاف تقوية النظم الصحية فى إفريقيا جنوب الصحراء: العدل والمبررات، تستكشف كلٌ من "ستيفاني نيكسون" ونينا فينسترا" (Stephanie Nixon and Nina Veenstra) أثر التوسع في علاج الإيدز عالي التكلفة على بلدان إفريقيا جنوب الصحراء، ودور قيمة التضامن كمبدأ يرشد للتوسع في هذا العلاج الدوائي، وقد خلُصت الباحثتان إلى أن التوسع في نشر هذا البرنامج العلاجي ربما يؤدي إلى نتائج عكسية لأهداف تقوية النظم الصحية (مثل التأثير السلبي على الاستثمار في برامج الوقاية) ولذا دعت الباحثتان إلى احترام الجانب العام في الرعاية الصحية واقترحتا دروسا محددة للتحرك إلى الأمام.

يغطي الجزء الخامس والأخير مشـاركات من أستراليا ومن بلدين آسيويين آخرين هما: كوريا الجنوبية والصين. تغطي هذه المشاركات بصورة واضحة عمليات إصلاح النظم الصحية الآسيويـة وتعرض الأوضاع القائمة حتى اليـوم للمشكلات المعاصرة والاتجاهـات المستقبليـة التي ما زالت غيـر معروفة جيدا خارج الإقليـم. ولهذا نسعد باحتـواء كتابنا على مساهمتين رئيسيتين تفتحان لنا نافـذة على أسواق الرعاية الصحية في آسيا.

نبـدأ بمساهمة مثيرة للاهتمام عن برنامج الميديكيـر، خطة التأمين الصحي الشامل في أستراليا، التي يزعم ستيفان دوكيت أن برنامج الميديكير قد تلبسته شياطين صراع القيم حول دعم فكرة الشمول مقابل سياسة استهداف فئات وأقسام بعينها أو دور قطاع السوق. يلاحظ دوكيت [Stephan Duckett] عدم وجود إجماع حول الأدوار النسبية لـكل من القطاعين العام والخاص في الرعايـة الصحية، ولا يوجد كذلك إجماع حول دور الحكومة. مثلـت طبيعة الاستجابة الحكومية تحديا لأخلاقيـات المساواة لبرنامج الميديكيـر[MediCare](*)، كمـا نوقشت في "صراع القيم المستمـر في نظام الرعاية الصحية الأسترالي".

فـي فصل "الإصلاح الصحى فى الصين هوية قطاع عام وسلوكيات قطاع خاص: الأسبـاب والنتائج والعـلاج"، تصف فيفيان لين وهوانجوين جـاو [Vivian Lin and Hongwen Zhao] المراحـل المتنوعـة من إصلاح القطاع الصحـي في الصين، بداية مـن "الثورة الصحيـة الأولى"، مباشرة عقـب تأسيس جمهورية الصيـن الشعبية في عـام ١٩٤٩: حيث عالجت التنمية الصحيـة المساواتية قضايا الوصول للخدمة الصحية

(*) الميديكير الأسترالي هو نظام الرعاية الصحية الشامل الممول من الايرادات العامة، وتقوم السلطات الحكومية بتشغيله. يقدم الميديكير علاج بتكلفة اقتصادية مقبولة على مستوى الرعاية الصحية الأولية لكل مواطنى أستراليا والمقيمين الدائمين بها ما عدا سكان جزيرة نورفلوك. يستطيع المقيمين الذين يحوزون بطاقة الميديكير تلقي علاجا مدعوم ماليا من أطباء الميديكير، وممرضاته واتحاد المتخصصين الصحيين المرخص لهم بأن يكونوا مقدم الخدمة رقم واحد في برنامج ميديكير، ويستطيعون أيضا الوصول إلى علاج مدعوم بالكامل (مجانيا) في المستشفيات العامة. أدخلت حكومة وايتلام العمالية هذا البرنامج عام 1975 باسم الميديبانك (Medibank)، وتم الحاق صندوق تأمين صحي خاص إليه وتملكه الحكومة في عام 1976. أعيد تسمية الميديبانك (Medibank) باسم الميديكير عام 1984. [المترجم]

وإتاحتهـا والقدرة علـى الدفع، ثم استبدلت بعـد ذلك بإصلاح غير ناجـح اعتمد على نظـام السوق، وخفض من شأن التضامن وتسبب في قلاقل اجتماعية خاصة في ريف البلاد، وعقـب فشل خصخصة الرعايـة الصحية الذي دمر نجاحـات النظام الصحي الصينـي السابقة، حدثت التغيرات الأخيرة، التي أدخلـت مفهوم السوق الاشتراكي، الذي أعاد الدور المفقود للدولة في الرعاية الصحية، كما دعم الحقوق الصحية بضمان القـدرة على وصول الجميع لخدمات التأمين الصحي، حيث يعالج هذا الفصل الأسباب والنتائـج والحلول التـي عالجت الخلل السابق في النظام الصحـي مركزا على إشكالية العدالة والإنصاف مبرزا الجدل حول الحق في الصحة.

وفـي كوريا الجنوبية ومنذ أكثر من ثلاثين عاما، نجحت كوريا في بناء نظام تأمين صحـي وطني مبهر احتفلـت بمرور ثلاثين عامـا على إنشائه مؤخـرا. يركز النظام الصحي الكـوري الحالي على مشكلات عدم الكفاءة وعـدم الإنصاف في القدرة على الوصـول للخدمـات الصحيـة. ويقدم كانـج كيم تحليلاً لهـذه المشكلات فـي مداخلته "الوصـول إلى الرعاية الصحية في كوريا". ورغم تأسيس نظام تأمين صحي شامل، فما زالت شريحة مهمة من السكان (تحت خط الفقر/كبار السن/سكان الريف) يواجهون مشـاكل عدم القدرة علـى الوصول إلى الرعاية الصحية بسبـب التعريف القاصر لهذهِ القـدرة، وفي عجالـة يشخِّص "كيم" [Minah Kang Kim] النظـام الكوري باعتباره نظامـا يمتلك مدى واسعًا من التغطية التأمينية للسـكان مع حزمة صغيرة من الخدمات ونسبة عالية مـن المشاركة في الدفع. وتكمن مشاكل النظام الأساسية في عدم التوافق حـول تعريف الرعاية الضرورية التـي يجب أن يغطيها التأميـن، وعدم التوافق هذا يعكـس الجدل الأيديولوجي حول طبيعة الرعاية الصحية باعتبارها سلعة عامة أو سلعة خاصـة. ويؤكد كيم أن الدعوة إلى مفهوم السلعة العامة (common goods) يحتاج إلى حوار مبدئي أكثر شمولاً حول دور المبادرات الخاصة في هذا القطاع.

يونيو ٢٠٠٨

الجزء الأول
قانون المعاهدات الدولي والوصول إلى الرعاية الصحية

الفصل الأول

الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية:

الرعاية الصحية وفقا لأدوات قانون الأمن الاجتماعي الدولي والأوروبي

بول شوكينز (PAUL SCHOUKENS)(*)

مقدمة:

تُعتبر الصحة والقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، على وجه الخصوص، عند الكثيرين هي حجر الزاوية الأساسي في مجتمعاتنا، وتتزايد بوتيرة متصاعدة الوثائق الوطنية والدولية التي تناقش جودة الرعاية الصحية واستدامة النظم الصحية والوصول إلى بنيتها التحتية. إلا أنه رغم الانتباه المتنامي للصحة والرعاية الصحية، فإنهم إلى حد ما يغضون الطرف عن جانب الاستحقاقات؛ بمعنى مسألة الوصول إلى الرعاية الصحية. يُفترض غالبا أن هناك مبادئ عامة للقدرة الشاملة على الوصول إلى الرعاية. بمعنى أنه يجب تحقيق القدرة المتساوية للجميع للوصول إلى الرعاية بنفس الجودة. وربما من المثير وضع هذا الافتراض في مقابل الحقيقة القانونية كما تنص عليها الاتفاقيات والعهود الدولية. ما يدفعنا في هذه المساهمة إلى تحليل وفحص القوام القانوني للحق في الصحة في اشتباكه مع الأدوات القانونية الدولية، محاولين بشكل رئيسي إيجاد الكيفية التي من خلالها تتشكل هذه الأدوات القانونية للحق في الصحة وبشكل أكثر تحديدا الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية.

نحتاج بداية قبل تناول هذه القضية إلى رسم معالم المجال الذي سوف ترتاده هذه

(*) يود مؤلف هذا الفصل شكر زميله "داني بيترز" لمراجعته النقدية لهذه المقالة. [المؤلف]

المداخلة. وكما ذكرنا آنفا "الرعاية" الصحية متعددة الأوجه، لكن محاولة تناول كل جانب من جوانبها على حدة سوف تنحرف بنا عن الهدف إلى أقصى مدى. وسوف نشدد هنا أساسا على ضمان قدرة الوصول إلى الرعاية الصحية، وهكذا لن نشدد على الحق في الصحة من جانب "الحرية"؛ حيث يعني أن جانب الحرية هذا يمس الحق في سيطرة المرء على صحته وجسده، بما تشمله من حرية جنسية وإنجابية، الحق في أن تتحرر من التدخل في شئونك، مثل الحق في ألا تخضع للتعذيب والعلاج الطبي والتجريب دون موافقة المريض.

ومن جانب الاستحقاقات الصحية سوف نوجه اهتمامنا الأكبر إلى قدرة المواطن على الوصول إلى الرعاية الصحية والتي تتحقق عبر نظم الضمان الاجتماعي (تشمل خصوصا التأمين الصحي الاجتماعي وأيضا النظم الصحية الوطنية التي تدعم القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية عبر تقديم خدمات صحية مجانية للمواطنين) وبالتبعية سوف نتناول المعاهدات الدولية الأوروبية للضمان الاجتماعي التي تغطي المحتوى القانوني للحق في الرعاية الصحية.

لن نعالج واجبات الدول في تطوير حد أدنى من الخدمات الصحية ذات الجودة من خلال هذا المنظور، ومن ثم سوف نعطي انتباها أقل لجوانب الصحة العامة والوقائية وشروط تأسيس الوحدات والخدمات الصحية والالتزامات القانونية التي بموجبها تتم الممارسة الطبية. ولأننا نبحث أساسا في إتاحة الرعاية الصحية وقدرة الوصول إليها سوف نقوم بمراجعة المعاهدات الدولية التي أنشأت المعايير في مجال السلامة المهنية والصحية، وتندرج أغلب هذه الاتفاقيات الدولية في إطار ما تصدره منظمة العمل الدولية التي تتعامل مع العلاقات الجماعية بين أصحاب الأعمال والعاملين لديهم.

بالنسبة للأدوات التي سوف نخضعها للدراسة اخترنا نوعين من الاتفاقات التي أبرمتها منظمات من مستويين مختلفين. بالنسبة لمستوى الحدود الإقليمية [الوطنية]، نميّز بين الاتفاقات الدولية/الشاملة التي أبرمت في إطار عمل الأمم المتحدة -شاملة الوكالة الخاصة لمكتب العمل الدولي- من ناحية، والاتفاقات الإقليمية التي طورتها

اللجنة الأوروبية. والمنظمة الأخيرة لا تزال تمثل في أوروبا الحارس الأكبر لاحترام الحقوق الجوهريـة (بما فيها الحقوق الاجتماعية). ولأغراض هذه الدراسـة لن نمس قواعـد الاتحاد الأوروبي من حيث المبدأ. ورغم ما لخلق السـوق الداخلي (الحريات الاقتصـادية) من أثر خطير على نظم الرعاية الصحية (الوطنية) في أوروبا، لم يطور الاتحاد الأوروبي في حد ذاته معايير قياسـية قانونية في ميدان الوصـول إلى الرعاية الصـحية. ولو تكلمنا بدقة صـارمة، فحتى الاتحاد الأوروبي ليس لديه المكانة والقوة ليفعل ذلك، إلا مع مسألة قدرة المهاجرين من مواطني الاتحاد الأوروبي على الوصول إلـى الرعاية الصـحية (مواد ١٢ و١٧ و٤٢ مـن معاهدة الجماعـة الأوروبية). وكما سنوضح لاحقا لن نتعامل مع هذا الجزء من قانون الأمن الاجتماعي الدولي، الذي يمس التنسـيق بين نظم الرعاية الصـحية الأجنبية والوصول إليها. وعند مراجعة الاتفاقيات والمعاهدات سـوف نعالج أولا المعاهدات المتعلقة بالحقوق الاجتماعية التقليدية مدققين في المواد المتعلقة بالحق في الرعاية الصحية، خاصة العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والميثاق الأوروبـي الاجتماعي المُعدَّل، باعتبارهما الأداتين الأساسيتين للحقوق الاقتصادية والاجتماعية في أدوات حقوق الإنسان المُنفَّذة (إضافة إلى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الأوروبي لحماية حقوق الإنسان). ولذا سـوف نفحص إلى أي مدى تتعلق هذه الحقوق بـالأدوات المعيارية التقليدية للحق في الصـحة، وتحديد نقاط ومعايير الحد الأدنى لمواجهـة المخاطر الاجتماعية بها (ومنها الحق في الرعاية الصـحية) وفي اتصـال وثيق بين الحقـوق الاجتماعية ومعايير الحد الأدنـى للعهـود التي تعطي محتـوى أكثر تحديـدا للدعاوى العامة في الحق للضـمان الاجتماعي. يلي ذلك المعايير العامة التي تضعها المعاهدات مثال: معاهدة منظمة العمل الدولية رقـم ١٠٢، والكود الأوروبي للضـمان الاجتماعي، إضـافة إلى المعاهدات القطاعية التي توضح المعايير الخاصـة لمخاطر بعينها والمرتبطة بها، مثال معاهدات منظمة العمل الدولية التي تضـع حدًا أدنى من الأحكام في مجال الرعاية الصـحية مثل المعاهـدة رقم ١٢١ التي تعمل إلى جـوار المعاهدات الأخرى للخدمات الطبية المقدمة

في حالات: الرعاية الطبية لحوادث العمل والأمراض المهنية (رقم ١٣٠)، ورقم ١٨٩ في حقوق الصحة الإنجابية ورعاية الأمهات والحوامل.

تصب كل معاهدات الحقوق الاجتماعية والحد الأدنى للمعايير في تناسق مع نظم الضمان الاجتماعي التي تشمل التأمين الصحي الاجتماعي، اعتمادا على تأثيرها فى النظم الوطنية بحيث يجعلها أكثر اتساقا مع محتوى المعاهدات ولكن يوجد ما يتعارض مع النظم الاجتماعية للضمان في العديد من الاتفاقيات الدولية خاصة ما يتعلق بالمهاجرين الذين يفتقدون التغطية بالضمان الاجتماعي بسبب وضعهم بما فيها جزئيا التغطية بالرعاية الصحية وقدرتهم على الوصول إليها. وفي سياق تحليل معاهدات الحقوق الاجتماعية والأدوات المحددة للمعايير، يتم التركيز على العلاقة بين معاهدات حقوق الإنسان والحق في الوصول إلى الرعاية الصحية رغم أن هذه المعاهدات لا تخص فى الأساس الحقوق الاجتماعية، وإنما هي أدوات قانونية لنظم الضمان الاجتماعي، خاصة النظم الصحية الاجتماعية.

والواقع أننا نستطيع في السنوات الأخيرة رصد اتجاه لنظم الضمان الاجتماعي تتوافق مع مبادئ حقوق الإنسان الأساسية كما جاءت في المواثيق الدولية. وهذا الاتجاه يبرز خاصة في المعاهدة الأوروبية لحماية حقوق الإنسان.

ونلقي نظرة في الجزء الأخير على التأثيرات المحتملة لهذه الأدوات في توفير القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، والحالات القانونية التي تطورت من خلال المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان. وفي الخلاصة نحاول تلخيص ماهية محددة لهذه المعاهدات للحق في الرعاية الصحية خاصة في علاقاتها المتداخلة ذات الأهمية الخاصة.

١ - الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كحق اجتماعي

في هذا الجزء سوف نحلل تفصيليا المعاهدات الخاصة بالحقوق الاجتماعية، وماهيتها القانونية، المتعلقة بالحق في الرعاية الصحية. ونناقش بداية المعاهدات

الدولية للحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في آليات الأمم المتحدة. يلي ذلك وصف المواد المتعلقة بذلك في الميثاق الأوروبي الاجتماعي الذي يُعد مرادفًا للحقوق الاقتصادية والاجتماعية في المعاهدة الأوروبية لحماية حقوق الإنسان في المجلس الأوروبي.

على المستوى الدولي: الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية بناء على العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

وقَعت البلدان على هذا العهد كمعاهدة متعددة الأطراف في الجمعية العامة للأمم المتحدة في ديسمبر ١٩٦٦ وأصبح في موضع التنفيذ منذ يناير من عام ١٩٧٦، حيث وقعت عليه ١٤٩ دولة، وقد طور هذا العهد بعض الحقوق التي وردت في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، خاصة الحقوق الأساسية ذات الطبيعة الاجتماعية والاقتصادية، مثل الحق في العمل، والحق في الحماية الاجتماعية[١]. حيث يعطي هذا العهد محتوى أكثر تحديدا للمادتين ٢٢، و ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، فهو يدعو إلى الحماية الاجتماعية والحق في الصحة[٢]، ويذكر المزيد عن هذه الحقوق وعن التزامات الدول الأعضاء التي يُنظَر إليها وفق شروط محددة.

فعلى سبيل المثال، ليس متوقعا أن تمنح الدول الموقعة على هذا العهد لشعوبها هذه الحقوق من البداية؛ لأن الالتزامات المبدئية التي تعكسها المادة ٢ من العهد لا تنتظر أن يتم التنفيذ الكامل لهذه الحقوق الاجتماعية في الحال. يخضع تنفيذ هذه الحقوق لإمكانيات البلد الاقتصادية والاجتماعية «مادة (٢)، فقرة (١)»:

---

(١) يفعل العهد الدولي حول الحقوق المدنية والسياسية نفس الشيء فيما يتعلق بحقوق الإنسان الجوهرية في الإعلان الشامل.

(٢) تفترض المادة ٢٢ أن: "لكل شخص كعضو في مجتمع الحق في الأمن الاجتماعي وهو مخول للتحقق من خلال الجهود القومية والتعاون الدولي وبالتوافق مع تنظيم وموارد كل دولة، والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي لا يمكن دونها تحقق كرامته والتطور الحر لشخصيته". وتفترض مادة ٢٥ في فقرتها الأولى: "لكل شخص الحق في مستوى معيشة مناسب لصحته وازدهاره هو وعائلته، متضمنا الطعام والملبس والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية والحق في الأمن في حالة البطالة أو المرض أو الإعاقة أو الترمل أو الشيخوخة أو الحالات الأخرى من نقص وسائل المعيشة في ظروف خارجة عن إرادته".

علـى كل دولة أن تتخذ الخطوات الضـرورية القصـوى وفقـا لمواردها المتاحة، وتوافقات التزاماتها بموجب العهد، كما أن مسـتوى تنفيذ الحقوق والواجبات يصـبح محلاً للرصـد من قبل لجان خاصة للحقوق الاجتماعية والاقتصـادية والثقافية، وهذه اللجان تؤسس قواعدها عن طريق التوافق وفقا للتقارير الوطنية التي ترسل من طرف الحكومـات، وتعتمد على مصـادر معلومات أخرى، والعديد من التفاسـير الخاصـة بالحقوق الاجتماعية وتقارير اللجان(٣).

وقبل تناول التحليل بعمق، يجب ذكر أن الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية قد تطور أساسا في المادة ١٢ من العهد (الحق في الرعاية الصحية). فلا يوجد الكثير فيما يتعلـق بذلك الحق في المادة التي تتنـاول مع الحق في الحماية الاجتماعية (مادة ٩)(٤). ومن ثم لن نتناول هذه المادة خلال الوصف التالي.

تفسير الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية

تنص المادة ١٢ من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية على:

١- أن تعترف الدول التي اعتمدت العهد بحق كل فرد في التمتع بأقصـى حد ممكن من الصحة الجسدية والعقلية المتاحة.

٢- أن تتخـذ هذه الدول الخطوات لتنفيذ الحق بما يشـمل الوقاية والعلاج ومكافحة الأمراض المتوطنة والوبائية والأمراض المهنية وإيجاد الظروف التي تضمن الخدمات والرعاية في حال المرض.

وفي شـرح المادة (١٢)، رجعت اللجنة المتخصصة إلى المدى الواسع من الحقائق

(٣) يُستخدم التقرير التالي بشكل خاص كمصدر كبير للمعلومات:
Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14,E/C.12/2000/4, 11/08/2000.

(٤) تنص المادة على أن: "الدول الأطراف في هذا العهد تدرك حق كل فرد في الأمن الاجتماعي بما يتضمنه من تأمين اجتماعي".

الاقتصادية والاجتماعية التي يجب أن تدعم الظروف التي تحفز تطوير نمط الحياة الصحي[٥]. كما ترجع مادة ١٢ الاحتياج إلى توفر الرعاية الصحية إلى اعتباره حقا شاملاً وضمنيا لا يشمل فقط الرعاية الصحية الملائمة ولكن يمتد إلى المحددات الأساسية للصحة مثل: المياه النقية، والغذاء، والسكن، وظروف العمل الصحية، والتعليم[٦]. وفي المدى الأوسع، الحق في الرعاية الصحية يعود إلى إتاحة المرافق والسلع والخدمات الصحية لكل فرد دون تمييز في إطار السلطة التشريعية للدول. ومن منظور اللجنة هناك أربعة أبعاد متداخلة للوصول إلى الرعاية الصحية هى: عدم التمييز والإتاحة الجغرافية والاقتصادية وتوفر المعلومات[٧].

أولا: على الدول ألا تُميِّز بين الأفراد عند تنظيم خدمات الرعاية الصحية، حيث يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية متاحة للجميع خصوصا الفئات السكانية الأكثر تعرضا للمخاطر والأكثر تهميشا سواء بحكم القانون أو تهميشا واقعيا، لأي سبب من الأسباب. وعلى الدول الالتزام بتوفير وإتاحة الرعاية الصحية الضرورية، خصوصا للسكان الأكثر احتياجا؛ لذلك فالإجراءات التي تسهل لهذه الفئات الوصول للرعاية الصحية ذات أهمية قصوى؛ لأنها تعني السماح بالسياسات التي تظهر هذا التمييز الإيجابي في هذا المجال.

ضرورة رصد الإجراءات الحكومية ذات الطبيعة التمييزية. مثال: التخصيص غير العادل للموارد الذي يمكن أن يؤدي إلى التمييز، كالاستثمارات التي تفضل نسبيا الخدمات العلاجية المكلفة والتي لا يتمتع بها سوى شرائح مميزة من السكان، مقارنة بالخدمات الأولية والوقائية التي تخدم الشرائح الأوسع من السكان[٨]. وفي نفس السياق يجب على الحكومات أن تعمل على منع أي صورة من صور التمييز

(5) General Comment No. 14, 2.

(6) Ibid 2

(7) Ibid3

(8) Ibid 5

على قاعدة ما تم منعه دوليا فيما يتعلق بالرعاية والخدمات الصحية في المادتين ٢ و٣ من العهد الدولي التي تصف التمييز في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية أو في المحددات الاجتماعية للصحة، إضافة إلى الوسائل، على أرضية مثل الجنس، أو اللون، أو العرق، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي، أو الأصل الاجتماعي، أو الممتلكات، أو المنشأ، أو الإعاقة العقلية، أو العضوية، أو الحالة الصحية، بما يشمل الإيدز، أو الهوية الجنسية، أو المدنية، أو الاجتماعية، أو غيرها، التي لها تأثير يعطل التمتع المتساوي بالحق أو ممارسة الحق في الصحة.

ثانيا: الرعاية الصحية يجب أن تكون متاحة جغرافيا. بمعنى أن الوحدات والسلع والخدمات الصحية يجب أن تكون في المتناول (متاحة) من ناحية الوصول الآمن لكل قطاعات السكان، خاصة الفئات الأكثر عرضة للمخاطر أو المهمشة مثل الأقليات العرقية، والسكان الأصليين، والنساء، والأطفال، والمراهقين، والكبار، والأفراد ذوي الإعاقة، ومرضى الإيدز. كما تعني الإتاحة الجغرافية أيضا أن الخدمات الصحية والمحددات الاجتماعية للصحة مثل المياه النقية والصرف الصحي سهل الوصول إليها خاصة في الريف وإتاحة المنشآت للأفراد ذوي الإعاقة.

ثالثا: يجب أن تكون الرعاية الصحية في متناول القدرة المالية، أي متاحة اقتصاديا، فالدفع من أجل الخدمات والرعاية الصحية والوصول إلى المحددات الصحية الاجتماعية يجب أن يعتمد على مبدأ الإنصاف بمعنى ألا يتحمل الفقراء عبئا بسبب تكلفة الصحة مقارنة بالأغنياء.

وخلاصة ذلك، تشمل قدرة السكان على الوصول إلى الرعاية الصحية وعيهم بحقوقهم، بمعنى القدرة على الوصول إلى المعلومات بشكل كامل، وحقهم في طلب وتلقي المعلومات، والأفكار المتعلقة بالموضوعات الصحية مع عدم تضارب إتاحة المعلومات بالحق في الحفاظ على خصوصية البيانات والمعلومات الشخصية. وإلى جانب توفر وإتاحة تقديم الخدمات الصحية هناك مؤشر جودة ومقبولية الخدمات المقدمة، حيث إن تقديم الرعاية الصحية يجب أن يتسم بالملاءمة الثقافية وفقا للأخلاقيات الطبية وبدرجة متساوية من الجودة.

ويفترض الحق في الصحة ثلاثة التزامات على الدول (التزام الحماية والاحترام والوفاء)[9]، فالتزام الاحترام يحتاج من الدول أن تمتنع عن أي إجراء مباشر أو غير مباشر يحرم التمتع بالحق في الصحة، وعلى الدول أن تمتنع عن إنكار حق التمتع أو محدودية القدرة المتساوية للوصول إلى الرعاية الصحية لبعض الفئات السكانية والأقليات والمهاجرين غير الشرعيين وطالبي اللجوء (المطرودين من بلادهم). يحتاج الالتزام بالحماية إلى اتخاذ الدول الإجراءات التي تمنع الطرف الثالث من التدخل في ضمان المادة ١٢ وهذا يمكن تفسيره من خلال: أن على الدول التأكد من أن خصخصة القطاع العام لا تشكل تهديدا لتوفر وجودة المرافق الصحية. وفي النهاية: الالتزام بالوفاء بالحق يحتاج من الدول وضع تشريعات مناسبة وأطر إدارية وموازنات ومطالبات وإجراءات تضمن تنفيذ الحق في الصحة. وهذا يشمل تقديم نظم التأمين الاجتماعي التي تغطي الرعاية الصحية للجميع، بطريقة قابلة للدفع، وبهذا الصدد يمكن ترجمة الحق في الحماية الاجتماعية كأداة في مادة ٢٢ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمادة ٩ من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

وفي الأخير، ما يعطي أهمية خاصة للتعليق رقم ٣ الذي وضعته اللجنة الخاصة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية[10]، هو تأكيده أن على الدول التزامات أساسية لتنفيذه حتى تصبح متسقة مع الحقوق الواردة في العهد. وبالنظر إلى القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، تشمل هذه الالتزامات الأساسية الآتي:

أ) تأكيد الحق في إتاحة المرافق والبضائع والخدمات الصحية دون تمييز، خاصة للفئات المهمشة والأكثر عرضة لمخاطر المرض.

(9) Ibid 8.

(10) Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 3, E/C. 14/12/1990.

ب) تأكيد إتاحة الحد الأدنى الضروري من الغذاء الذي يعد كافيا وآمنا لتأكيد الحرية من الجوع لكل شخص.

ج) تأكيد إتاحة السكن الآمن والصرف الصحي والإمداد الكافي بالمياه النقية للشرب.

د) الإمداد بالأدوية الأساسية التي تعرّف من وقت لآخر من منظمة الصحة العالمية وبرنامج عمل الأدوية الأساسية.

هـ) تأكيد التوزيع المتساوي لكل المرافق والبضائع والخدمات الصحية.

ومن المهم التأكيد على أن جوهر الالتزامات يشير بشكل رئيسي إلى القدرة على الوصول إلى المحددات الاجتماعية للصحة أكثر من تقديم بضع خدمات من الرعاية الصحية الأساسية (باستثناء الأدوية الأساسية). بل إن ما هو متاح فيما يتعلق بالرعاية الصحية يجب أن يوزع بطريقة دون تمييز وبأسلوب يعيد التوزيع. وكما سنرى فوراء هذا التمييز في الواجبات الجوهرية والواجبات الأخرى بعض العواقب على تفسير الالتزامات القانونية.

ما يتعلق بالالتزامات المبرمة والإنفاذ القانوني لها

يخاطب العهد بشكل رئيسي الدول الموقعة عليه. بأنه يجب عليها بذل الجهود الضرورية لتنفيذ الالتزامات التي تعهدوا بها عند توقيعهم على العهد. يوفر العهد تحقيقا متدرجا للأهداف كما وصفتها عديد من المواد (انظر مادة ٢ فقرة ١ من العهد). بكلمات أخرى، فيما يتعلق بالقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، تفي الدول بواجباتها عندما تبادر بتنفيذ نظام للرعاية الصحية يوفر القدرة على الوصول إليه للجميع، حتى إن لم يتحقق الهدف بالكامل بعد. تعترف سلطات التفسير مثلاً بالقيود التي تنجم عن الموارد المحدودة. الأكثر أهمية هو أن تبذل الدول الجهود الضرورية لتنفيذ هذه الحقوق بأفضل أسلوب ممكن. بهذا الأسلوب يصبح العهد إلى حد بعيد هو إعلانا للنيات.

إلا أن بعض الالتزامات تم تحديدها بشكل ملموس أكثر. فعلى الدول الأطراف التزامات فورية فيما يتعلق بالحق في الصحة، مثل ضمان ممارسة الحق دون تمييز من أي نوع (مادة ٢ فقرة ٢ من العهد) والالتزام باتخاذ خطوات (مادة ٢ فقرة ١ من العهد) نحو التحقيق الكامل للمادة ١٢. يجب أن تكون مثل هذه الخطوات عن قصد وملموسة وتستهدف التحقيق الكامل للحق في الصحة. فيما يتعلق بالالتزام الآخر، فذلك يعني أن عدم السماح باتخاذ أي تدابير تراجعية فيما يتعلق بالحق في الصحة – لو اتخذت أي إجراءات تراجعية عن عمد– تتحمل الدولة الطرف عبء البرهنة على أنها اتخذت تلك الخطوة بعد تفكير بأقصى درجات التأني في كل البدائل، وأن هذه الخطوة مبررة عن حق بالرجوع إلى شمولية الحقوق الواردة في العهد في سياق الاستخدام الكامل لأقصى الموارد المتاحة للدولة الطرف[11]. وبنفس الأسلوب، فالدولة التي لا ترحب باستخدام أقصى الموارد المتاحة لديها من أجل تحقيق الحق في الصحة فإنها تنتهك التزاماتها تحت المادة ١٢. وإذا ما كانت ضغوط الموارد هي التي تجعل من المستحيل بالنسبة للدولة أن تتوافق بالكامل مع التزامات العهد، سوف يكون على هذه الدولة عبء تقديم مبرر، وأن كل المحاولات رغم ذلك قد بذلت من أجل استخدام كل الموارد المتاحة لديها من أجل الوفاء كأولوية بالالتزامات المنصوص عليها أعلاه، بل يجب التشديد على أن الدولة الطرف لا تستطيع تحت أي ظرف –مهما كان– تبرير عدم توافقها مع الالتزامات الجوهرية للمادة ١٢ (كما وردت في التعليق رقم ٣).

ومن ثم بعيدا عن تلك الالتزامات الفورية، لن يكون انتهاك المادة ١٢ ميسور الحدوث. ولكنه حتى مع ذلك، يبقى سؤال: ما العقوبات التي يمكن اتخاذها ضد الدول التي لا تفى بالتزاماتها؟ من حيث الجوهر، لا تستطيع اللجنة فعل أكثر من الطلب من الدول أو حثها لتصحيح الوضع. لا يوجد احتمال فرض غرامات أو تطبيق عقوبات مثيلة. وحيث إن ذلك ما يجذب الدول لتوقيع العهد (ومن هنا نجاح الأدوات)، فإن تنفيذ الحقوق قد يكون في خطر (وهذا يدمر المعنى العملي للحقوق).

(11) General Comment No. 14, 8.

أكثر من ذلك، فالالتزامات كما صيغت في العهد هي عادة ذات طبيعة عامة جدا حتى لا يستطيع المواطنون التقاضي عليها مباشرة أمام المحاكم الوطنية. فهي تفتقد إلى الأثر المباشر. من حيث الجوهر يطالب العهد الدول ببذل ما بوسعها لإنشاء نظام يقدم الرعاية الصحية للجميع بأسلوب منصف. عند تعرض التزامات ملموسة للخطر، مثل تقديم الرعاية الصحية دون تمييز سيكون من المستبعد جدا تطبيق المحاكم (الوطنية) مادة الرعاية الصحية. موقف لجنة الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية واضح جدا في هذه القضية؛ فهي تطالب بضم وترجمة العهد في النظام القانوني الوطني، حتى يمكن التقاضي مباشرة أمام المحاكم الوطنية ضد انتهاك الحق في الصحة، أو على الأقل التزاماته الجوهرية(١٢). دون هذا الإدماج سوف تستنكف المحاكم في غالب الأحوال عن التطبيق المباشر لمواد العهد. وهذا ينطبق تماما على الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كما تضمنته المادة ١٢.

على المستوى الأوروبي: الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية طبقا للميثاق الاجتماعي (المنقح) الأوروبي

الأداة الرئيسية التي سوف نتولى فحصها هنا هي الميثاق الاجتماعي الأوروبي (بعد المراجعة) الذي سنّه المجلس الأوروبي. على مستوى المجلس الأوروبي، هذا الميثاق هو مقابل العهد الأوروبي لحماية حقوق الإنسان. ورغم أن الأخير هو العلامة المميزة للمنظمة، كان المجلس الأوروبي من البداية أيضا ملتزمًا أشد الالتزام بتشريع الحقوق الاجتماعية وبشكل مبكر في الخمسينيات بدأ العمل بالأدوات متعددة الأطراف في مجال التوافق والانسجام. أحد هذه الأعمال الرئيسية المحورية هو الميثاق الاجتماعي الأوروبي، الذي أصبح بعد توقيعه في ١٩٦١ ساريا في ٢٦ فبراير ١٩٦٥.(١٣) وهو يتطابق على المستوى الأوروبي مع العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى جانب عدة مواد من الإعلان الشامل لحقوق الإنسان. في

(12) Ibid, 14.

(١٣) وقعته 32 دولة وصدّقت عليه 27 دولة.

١٩٩٦، أصبح مطروحا للتوقيع نسخة منقحة من الميثاق الاجتماعي إلى جانب النسخة القائمة[١٤]. تحتوي النسـخة المنقحـة على بعض الحقوق الاجتماعيـة الجديدة، تعكس تفكيرا عصريا أفضل للسياسة الاجتماعية (مثل مكافحة الاستبعاد الاجتماعي).

بالنسبة لهذه المساهمة سوف نقوم بتحليل الميثاق الاجتماعي والنسخة المنقحة منه معًا حيث إن مواد كلتا الوثيقتين – المتعلقة بموضوعنا– تتطابق بشكل واسع فيما بينها. كما أن كلتيهما قد فسرتها بشكل مشترك اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية وهي مؤسسة ذات جـدارة لمتابعة تنفيذ وثائق تلـك الحقوق الاجتماعية بواسـطة الأطراف الموقعة عليها. وقد كانت وثائق تقييم هذه اللجنة على نحو خاص مصـدرا كبيرا للمعلومات من أجل مزيد من التحليل للحق في الرعاية الصحية بالتوافق مع الميثاق الاجتماعي[١٥].

الحق في الصحة مجسدا في عديد من المواد

الحق في الصحة معلن في المادة ١١ من الميثاق الاجتماعي (المنقح). تنص المادة على أن: "لكل فرد الحق في منافع من أي تدابير تمكنه من التمتع بأقصى مستوى ممكن من الصحة يمكن بلوغه". إلا أنه من المحتمل عند التركيز على الحق في امتلاك القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية – أن يكون الأكثر ارتباطا بهذه المساهمة هو المواد التي تتعامل مع الحق في الأمن الاجتماعي (المادة رقم ١٢) والحق في المساعدة الطبية والاجتماعيـة (المادة رقـم ١٣). تركز المادة رقم ١١ من الميثـاق الاجتماعي المنقح بشـكل رئيسـي على جانب "الحرية" (الحق في السـيطرة على صـحة المرء) وجانب الصحة العامة (خصوصا الرعاية الصحية الوقائية). ومن هنا، سوف نلمس هذه المادة قليلا لوصـف التضاريس القانونية للحق في (الوصول إلى) الرعاية الصحية. ويمضى نفسـ القول على المواد رقم ٣ من الميثاق الاجتماعـي (المنقح)، ورقم ٧ من الميثاق الاجتماعـي (المنقح)، ورقم ٨ من الميثاق الاجتماعـي (المنقح) ورقم ٢٣ من الميثاق

---

(١٤) وقعت عليه 41 دولة ولكن صدقت عليه 23 دولة فقط. أصبح ساريا منذ 1 يوليو 1999.

(15) European Committee of Social Rights, Digest of the case law, Strasbourg December 2006, Council of Europe.

الاجتماعي (المنقح) حيث إن هذه المواد تركز بالترتيب على ظروف العمل الآمنة والصحية بالنسبة للعمال وحماية الأطفال ضد المخاطر البدنية والأخلاقية (مثل الحد الأدنى لسن العمل، وحظر توظيف الأشخاص أقل من ١٨ سنة في وظائف خطرة وغير صحية، ...إلخ)، وحماية ولادة المرأة الحامل أو الأمهات اللاتي ولدن للتو طفلاً وحماية خاصة لكبار السن.

الحق في (الوصول إلى) الرعاية الصحية كحق اجتماعي

الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كجزء من الحق في الصحة (مادة ١١). وعلى منوال العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، يعتبر الميثاق الاجتماعي الحق في الصحة شرطًا سابقا للمحافظة على الكرامة البشرية. بهذه الطريقة، يكمل الميثاق المواد التي تضمن الكرامة الإنسانية، كما وضعها الميثاق الأوروبي لحماية حقوق الإنسان (مواد ٢و٣).

تنص مادة ١١ فقرة ١ على أنه "بالنظر إلى ضمان التنفيذ الفعال للحق في حماية الصحة، تتكفل الأطراف، [...] بأن تتخذ التدابير الملائمة المخطط لها من بين أشياء أخرى لإزالة أسباب اعتلال الصحة بأقصى ما تستطيع". ورغم التشديد على الالتزام بإجراء سياسات عامة في ميدان الصحة العامة عموما والصحة الوقائية على وجه الخصوص، يستطيع المرء أن يميّز في هذه المادة أيضا مبدأ وجوب قدرة كل شخص على الوصول إلى الرعاية الصحية(١٦).

عموما، من وجهة نظر اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية، الحق في الوصول إلى الرعاية يتطلب مايلي:

- يجب أن يتحمل المجتمع ككل- ولو جزئيا- تكلفة الرعاية الصحية؛ وبطريقة عكسية يعني ذلك أن من الممكن تحويل جزء من التكاليف إلى المريض (مثلاً من خلال أسلوب مساهماته الشخصية).

---

(16) Ibid, p. 91.

- يجب ألا تمثل الرعاية تكلفة ثقيلة بشـكل مبالـغ فيه على الفرد، لذلك يجب اتخاذ خطوات لتخفيض العبء المالي على المرضـى من الأقسـام الأكثر حرمانا من المجتمع.

- يجب ألا تؤدي ترتيبات الوصـول إلى الرعاية إلى تأجيلات غير ضرورية في تقديم الخدمة. كما يجب أن تقوم القدرة على الوصـول إلى العلاج على أسـاس معايير شـفافة، متفق عليها على المستوى القومي، آخذين في الحسبان مخاطر التدهور في أي من الحالة الإكلينكية أو جودة الحياة.

- يجب وجود طواقم عمل ومنشآت كافية(١٧).

أثارت اللجنـة الأوروبية للحقـوق الاجتماعية ملاحظات مثيرة فيمـا يتعلق بكفاءة نظام الرعاية الصحية. طُبق عدد من المؤشرات الصحية الرئيسية من أجل رؤية إذا ما كانت وظائف نظام رعاية صحية معين تعمل بشكل سليم أم لا. "تتذكر اللجنة أن وضع صـحة المرأة والطفل هو مؤشر رئيسـي لما إذا كانت وظائف النظام الصحي ككل في البلد المعين تعمل جيدا أم لا. يثير معدل وفيات أطفال مرتفع على نحو خاص (في حالة ١٨,٦ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي) مشكلة التوافق مع المادة ١١ من الميثاق"(١٨). وفي نفس السـطر: "تشدد اللجنة على أن وفيات الأمهات خطر يمكن تجنبه، لذلك يجب أن تعالجـه الدول الأطراف إذا ما كان لها أن تتوافق مع المادة ١١ من الميثاق. وباعتبار مستوى تطور نظام الرعاية الصـحية الفرنسي بشكل خاص، يجب التمسك باتخاذ كل الخطوات الضـرورية من أجل تحقيق معدل خطر أقرب ما يمكن للصـفر"(١٩). قدمت اللجنة أيضا بعض التفسـيرات المثيرة فيما يتعلق بتغطية نظام الرعاية الصحية: "يجب أن يمنح نظام الرعاية الصـحية رعاية من الممكن وصـول أوسـع عدد إليها، وهو ما

(17) Ibidem, p.92.

(18) Ibid, p. 232, Conclusions Romania.

(19) Ibidem, 233, Conclusion Cyprus.

يفترض مسبقا تغطية عريضة بشكل كاف للسكان، وفي أحسن الأحوال تغطية شاملة، و"تحمل تكلفة خدمات الرعاية الصحية بواسطة كيانات الكل الجماعية، أو على الأقل الجزء الأساسي منهم"(٢٠). وكما سوف نرى لاحقا أن هذا التفسير للمادة ١١ يقطع شوطا أبعد من مجرد وضع الشروط الدنيا للتغطية المنصوص عليها داخل إطار عمل المادة ١٢ من الميثاق الاجتماعي (صياغة الحق في الأمن الاجتماعي). وقد تقرر الآتي فيما يتعلق بقوائم الانتظار بشكل أكثر خصوصية: "تدرك اللجنة حقيقة أن قوائم الانتظار التي تطول كثيرا لها أكثر من سبب، وربما تعكس على نحو خاص الطلب المتنامي وتوقعات السكان. ومع ذلك، تلاحظ اللجنة أن زمن أوقات الانتظار طويل بالمعايير المطلقة، وأن الوضع لا يتحسن وأن عدد أسرّة المستشفيات يتناقص بشكل مستمر. وهي تعتبر- بناء على هذه البيانات- أن تنظيم الرعاية الصحية في المملكة المتحدة لا يتكيف من أجل ضمان الحق في الصحة لكل فرد"(٢١).

يجب توفير القدرة المتساوية للوصول إلى الرعاية، ولكن عند تقييم ما إذا كان من الممكن تطبيق الحق في الحماية الصحية بشكل فعال أولت اللجنة انتباها خاصا لأوضاع المحرومين والفئات الضعيفة. ومن هنا تعطي المادة ١١ مزيدا من المحتوى الملموس للمادة "E" (التي تصيغ المبدأ العام لعدم التمييز عند تطبيق الميثاق الاجتماعي (المنقح)(٢٢). فعليا تنص هذه المادة على أن: "التمتع بالحقوق التي شرّعها الميثاق يجب تأمينها دون تمييز على أي أرضية كانت مثل الجنس أو اللون أو النوع أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو الآراء الأخرى، والانخلاع الاجتماعي أو الأصل الاجتماعي، والصحة أو الارتباط بأقلية قومية، أو مكان الميلاد أو أي وضع آخر". لا يمكن بذلك أن يكون الوصول إلى الرعاية الصحية مشروطا (مباشرة أو

(20) Ibidem, 233, Conclusion Cyprus.

(21) Ibidem, 233, Conclusions UK.

(٢٢) هذه المادة مستلهمة من المادة ١٤ من العهد الأوروبي لحقوق الإنسان. فهي تأخذ مبدأ عدم التمييز المقرر في ديباجة الميثاق الاجتماعي ١٩٦١، وأدمجته في المتن الأساسي للميثاق المنقح.

بشـكل غير مباشر) على أساس واحد أو أكثر من هذه المعايير. وفي نفس الوقت تدعو اللجنة لحماية خاصة للفئات الأضعف في المجتمع. هنا نقترب من تفسير المادة ١٢ من العهد الدولي للحقوق الاقتصـادية والاجتماعية والثقافية الذي وضـعته لجنتها. بالنسبة للأشخاص ذوي الموارد الكافية تضم المادة ١٣ من الميثاق الاجتماعي الأوروبي بندًا مناسبا (الحق في المساعدة الاجتماعية والطبية).

الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كجزء من الحق في الأمن الاجتماعي (مادة ١٢)

تطور المبدأ العام في الوصـول إلى الرعاية الصحية بشـكل أكثر تفصيلاً في المادة ١٢ مـن الميثاق الاجتماعي (المنقح)، حرفيا ما يتعلـق بالتنظيم البنيوي لنظام الرعاية الصـحية الاجتماعي. بكلمات أخرى، تضـع المادة ١٢ شـروط صـياغة شكل لنظام صـحي ممنوح على أساس التضامن، يستطيع جزء واسـع من جمهوره الوصول إلى الخدمات والمنشـآت الصحية. تضـمن المادة ١٢ فقرة ١ الحق في الأمن الاجتماعي. فهـي تنص: "بالنظر إلـى تأكيد الممارسـة الفعالة للحق في الأمـن الاجتماعي، تتكفل الأطراف بتأسـيس أو الحفاظ على استدامة نظام للأمن الاجتماعي". من خلال معنى المـادة ١٢ فقـرة ١ يجب أن يتوافـق نظام أمن اجتماعـي مع المعاييـر العامة التالية. أولا: يجـب أن يغطـي نظام الأمن الاجتماعـي المخاطر التقليدية، التـي نجد من بينها تاليا لمخاطر البطالة، والشـيخوخة والمرض والعائلـة[٢٣]، المخاطر المتعلقة بالرعاية الصـحية (الرعاية الطبية وإصابات العمل والأمومة). ثانيا: يجب ضمان هذا الحق في الأمن الاجتماعي للعمال (ومن ضـمنهم الأشـخاص الذين يعملون لدى أنفسـهم) ومن يعولونهم. وأيضـا يجب أن يتمتع جزء كبير من السكان بالتغطية من المخاطر المتعلقة بالصحة، وبالنسبة لإصابات العمل هناك جزء كبير من القوى العاملة يجب تغطيته.

ومع مجرد وجود نظام للأمن الاجتماعي يجب أن يضمن هذا النظام حقا نافذا للأمن

(٢٣) لا تذكر هذه القائمة عدم السلامة ومنافع الباقين على قيد الحياة؛ فقط لو ظلوا باقين يجب أخذ هذه المنافع في الحسبان، انظر: Digest of the case law, p. 92.

الاجتماعي في مجال المنافع المقدمة في ظل كل فرع. وهذا يعني أن المنافع لمستوى معين يجب أن تكون مضمونة. وكما تحدد في الفقرة الثانية من المادة ١٢، تتكفل الأطراف الموقعة بالحفاظ على استدامة نظام للأمن الاجتماعي بمستوى مرضٍ، والذي يساوي على الأقل المستوى المطلوب للتصديق على معاهدات "المعايير الدنيا" (أي اتفاقية منظمة العمل الدولية ١٠٢ التي تشير إليها المادة ١٢ من الميثاق الاجتماعي؛ الكود الأوروبي للأمن الاجتماعي الذي يشير إليه الميثاق بعد المراجعة)[٢٤]. بهذه الطريقة، تعطي المعايير الدنيا للكود وعقد منظمة العمل الدولية ١٠٢ محتوى أكبر للحق العام في الأمن الاجتماعي كما ينص عليه الميثاق الاجتماعي. يشرع كلا العقدين فعلا معايير دنيا للمخاطر الاجتماعية التقليدية، متضمنة الرعاية الصحية. وعندما يفي طرف في الميثاق الاجتماعي بالمعايير الدنيا لمعاهدات منظمة العمل الدولية ١٠٢ والكود الاجتماعي تُعتبر تلك الدولة عندئذ متماشية مع المادة ١٢، فقرة ٢. إذا لم تكن الدولة طرفا في هذه الاتفاقيات، عليها إظهار أن نظام أمنها الاجتماعي على الأقل مستوى المعايير الدنيا كما وضعتها المعاهدة ١٠٢ والكود. ورغم أننا سوف نعطي مزيدا من الشرح لهذه المعايير فيما يتعلق بالمخاطر المتعلقة بالرعاية الصحية، نستطيع- في الحال - أن نذكر أنه يجب على الدول عدم الوفاء بالمتطلبات الدنيا لكل المخاطر الاجتماعية التسع. بالنسبة لمعاهدة منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ يكفي أن تفي بمتطلبات ثلاث مخاطر على الأقل؛ وبالنسبة للكود يجب أن تلتزم الدولة على الأقل بست مخاطر. ومع ذلك، من أجل تطبيق الكود الأوروبي الاجتماعي، يجري حساب الرعاية الصحية باثنين ولكبار السن بثلاثة. وبشكل ظاهر، يُعطى وزن لتنظيم نظام الرعاية الصحية بشكل يساير أدوات "المعايير الدنيا" أكبر من - مثلاً- إدخال مخطط لطيف للمنافع العائلية.

---

(٢٤) بالنسبة لمنافع استبدال الدخل، صاغت اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية شرطا بديلا يشير إلى ٥٠٪ من متوسط الدخل بعد مساواته. ومع ذلك هذا المعيار المرجعي غير قابل للتطبيق على منافع الرعاية الصحية لأنها من طبيعة مختلفة (أي، تعويض التكلفة). انظر: Digest of the case law, 2006, p. 98.

أكثــر من ذلك، يجب تغييــر نظام الأمن الاجتماعي القائم إلى الأفضــل فقط. طبقا للمادة ١٢ فقرة ٣، يجب أن ترفع الدول بشــكل تدريجي نظــام الأمن الاجتماعي إلى مســتويات أعلى. وإلــى الآن، ربما تُعتبَر التدابيــر المتخذة لتقويــة التمويلات العامة -وهو ما له أهمية في ميدان الرعاية الصــحية- وســيلة من وسائل المساهمة في الحفاظ على اســتمرار واســتدامة نظام الأمــن الاجتماعي. من المحتمل أن تخفيض مســتوى اســتحقاقات الرعاية الصــحية كان من أجل ضمان الاســتدامة المالية لكامل النظام في التحليــل النهائــي. مع ذلك يبقــى أن أي تعديل يجــب ألا يكون من النــوع الذي يدمر الحماية الاجتماعية الفعالة. أكثر من ذلك، يجب عدم تحويل خطط التأمين الاجتماعي إلى مجرد نظام للمساعدة الاجتماعية الأساسية(٢٥).

الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية كجزء من الحق في المساعدة الاجتماعية والطبية (مادة ١٣)

يجب أيضــا ضمان الحق في الوصــول إلى الرعاية الصحية لمن لا يمتلكون موارد كافية. تنص المادة ١٣ في فقرتها الأولى على أنه "بالنظر إلى ضمان الممارسة الفعالة للحق في المســاعدة الاجتماعية والطبية، يتكفل الأطراف بضمان أن أي شخص دون موارد كافية [...] يُمنَح مساعدة كافية، وفي حالة المرض، يُمنَح الرعاية التي تحتمها حالته". تقديم المساعدة يجب أن يمضي إلى حد أبعد مما يمليه الواجب الأخلاقي للصدقة والإحســان؛ يجب أن تمنح الخطة الأفراد المحتاجين حقا ذاتيا في منافع المســاعدة. لا تتمتع الأطراف المتعاهدة بمجرد قوة منح المساعدات كما يرونها مناسبة؛ فهم يخضعون لالتزام ربما يُســتدعون بســببه للمحكمة من أجل احترام هذا الحــق(٢٦). وبالتالي يجب أن يؤســس الحق في المعاونة (الطبية) حقا فرديا موضــوعًا في القانون ومدعومًا بحق الاستئناف الفعّال(٢٧).

---

(25) Ibid, p. 100.

(26) Ibid, p. 104.

(27) European Committee of Social Rights, Digest of the case law, comment article 13, p. 251.

لا تقول المادة ١٣ أي شكل يجب أن تأخذه المساعدة الاجتماعية. إلا أنه بخصوص المساعدة الطبية يجب أن يلقى كل من تنقصه الموارد في حالة مرضه أو مرضها الرعاية التي تمليها حالته أو حالتها مجانا دون أي رسوم. تشير المساعدة الطبية في هذا المقام إلى الرعاية الصحية المدعومة ماليا أو المجانية أو المنح التي تمكن الأشخاص من دفع مقابل الرعاية الذى تتطلبه حالتهم. لم تحدد اللجنة بعد بالضبط المدى الذي تغطيه المساعدة ولا ما إذا كانت مقصورة فقط على علاج الأمراض. نستطيع أن نقرأ في النصوص المفسرة أن "ليس في مقدورنا تحديد طبيعة الرعاية المطلوبة، ولا المكان الذي تُقدَم فيه"[٢٨]. فخطورة المرض لا يمكن أن تمثل عاملا لرفض منح المعاونة الطبية[٢٩]. أكثر من ذلك، كما هو منصوص عليه في كل منافع المساعدة، يجب أن يكون المستوى "مناسبا"، أي يجعل من الممكن أن تحيا حياة هادئة وأن تغطي الاحتياجات الأساسية للمرء. ويجب أن تقدم هذه المساعدة مادامت استمرت حالة الاحتياج. وليس واضحا ما إذا كان ذلك يعني أن شروط الاستحقاق قد تكون محدودة عند مقارنتها بأشخاص مؤمَّن عليهم اجتماعيا، شاملا ذلك الرعاية الصحية. هل تستطيع دولة مثلاً قصر القدرة على الوصول إلى الصحة للأشخاص المحتاجين إلى حزم الخدمات الأساسية التي هي أقل كثافة من حزم التأمين الصحي العامة؟

يجب أن يشير المرء هنا إلى تعليق تفسيري سابق من اللجنة حول المادة ١٢، نص على أن الحق في الأمن الاجتماعي (ومن هنا الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية) يجب أن يخاطب -خصوصا- أضعف أقسام السكان. هل يحظر هذا على الدول تقديم خطط رعاية صحية أقل تطورا لمن يستحقون المساعدة الطبية؟ الحماية الخاصة للأشخاص المحتاجين لا تعني في رأيي أن نفس الحماية يجب ضمانها مثل تلك التي يشهدها المرء في خطط الرعاية الصحية الاجتماعية. يجب تكييف المساعدة الطبية للمحتاجين طبقا لاحتياجاتهم الخاصة. وهذا قد يعني مثلاً أنه حتى في بعض الحالات

---

(28) Ibid, p. 104; and -, Conclusions XIII-4, Statement of interpretation on Article 13, p. 54-57

(29) Ibidem

من الممكن تقديم استحقاقات أكثر كثافة (واضعين في الحسبان حالة الاحتياج)، ولكنها في نفس الوقت مشـروطة أكثر كثيرا (لحظر السلوكيات المسيئة مثلاً أو من أجل رصد سـلوكيات تكاملية). والحالة الأخيرة قد تعني أيضا أن الحزمة المقدمة لنوع آخر تُمنح أيضا للمحتاجين للمساعدة الطبية.

أما بالنسـبة لمجال الأشـخاص، تعود الإشــارة إلى الأجانــب المقيمين في النطاق الإقليمــي للدولــة الموقعــة. لهذا يجب قــراءة المادة ١٣ مــع ملحق الميثــاق في نفس الوقت، للتعامل مع تطبيق الحقوق الاجتماعية المدرجة للأجانب: "الأجانب الذين هم مواطنوا الأطراف المتعاقدة ويقيمون بشــكل قانوني أو يعملون بشكل منتظم في النطاق الإقليمــي لطرف آخــر أو يفتقدون للموارد الكافية يجــب أن يتمتعوا بالحق الفردي في المعاونــة الملائمة على قدم المســاواة مــع مواطني الدولة". تؤكد الفقــرة الرابعة من المادة ١٣ هذا المبدأ تماما ولكن في نفس الوقت تمضــي خطوة أخرى صغيرة للأمام، على الأقل متتبعة بالأحرى التفســير العريض الذي تقدمه اللجنة: كل الأجانب المقيمين بالنطــاق الإقليمــي للدولة يجــب أن تكون لديهم القدرة على الوصــول إلى المســاعدة الاجتماعيــة والطبية العاجلة على الأقل[30]. يذهب مجال هذه الفقرة هكذا إلى مدى أبعد في نقطتين على وجه الخصــوص. أولا: أنه يكفي أن هذا الشــخص مقيم في حدود هذا النطــاق الجغرافي؛ الإقامة ليســت مطلوبة. ثانيا: هي تغطــي كل الأجانب وليس فقط المواطنين القادمين من دولة أخرى موقعة على الاتفاقية. في قضــية فيدا ضــد فرنسا، المســتندة إلى شــكوى جماعية (انظر أدناه) قررت اللجنة - حتى ولو في ظل ظروف معينــة- أنه يجب أن يكون العلاج الصــحي مضــمونا للمهاجرين غير الشــرعيين[31]. إلا أن المجــال المادي أكثر تقييدا. فالمطلوب من الــدول تقديم الرعاية الكافية لهؤلاء الأشــخاص للتعامــل مع حالة الاحتياج الفورية (متضمنة الإقامة والطعام والطوارئ والملبس). يجــب أن نحكــم على تقديــم الرعاية الطبية العاجلة بشــكل فردي، نظرا

(30) Ibidem, p. 110.

(31) European Committee of Social Rights, 5 September 2003, Collective complaint from FIDH v. France.

للحالة الخاصة التي عليها الشخص محل الاعتبار(٣٢). لذا مطلوب تقارير -خصوصا- في الدولة التي لا تقدم رعاية صحية مجانية تشير إلى عدد الأشخاص الذين يتلقون المساعدة الطبية في كل فترة مرجعية وتعطي معلومات عن كمية الأموال المكرسة للمعاونة الطبية والنسبة المئوية لنفقات الدعم الاجتماعي الموجهة لهم(٣٣). بكلمات أخرى، لا نحكم على مستوى المساعدة الطبية على أساس فردي ولكن على أساس مجموع إجماليات ما تم إنفاقه. ورغم ذلك لم يتعين بعد كيف يمكن تنفيذ التقييم بشكل ملموس.

ما يتعلق بالتزامات التعاهد والإنفاذ القانوني لها

يخضع التوافق مع الميثاق الاجتماعي (المنقح) للمراقبة من خلال نظام إشراف يُطالب كل دولة متعاقدة بتقديم تقرير كل سنتين إلى لجنة مستقلة من الخبراء (أي لجنة الحقوق الاجتماعية الأوروبية). النتائج التي تخلص إليها هذه اللجنة تخضع للفحص بواسطة لجنة حكومية تتشكل من ممثلي حكومات الأطراف الموقعة مع مراقبين من اتحادات ونقابات المستخدمين الأوروبية(٣٤). للمجلس البرلماني الحق في فحص هذه النتائج والتعليق عليها أيضا، ولجنة الوزراء لديها سلطة وضع توصيات للدولة العضو التي تعتبرها هذه اللجنة أنها قد اخترقت الالتزامات المنصوص عليها في الميثاق. إذا ما قررت لجنة الوزراء أن دولة ما لم تفِ بما يجب عليها القيام به، تدعو اللجنة تلك الدولة إلى اتخاذ الخطوات والتدابير اللازمة وضمان توافقها مع ما هو مطلوب منها. إلا أنه من الصعب تطبيق عقوبات حقيقية. وبشكل مثير للاهتمام، اللجنة الحكومية

(٣٢) Digest of the case law, ibid, p. 110.. See as well the case FIDH v. France (decision of 5 September 2003), حيث قررت المحكمة أن الحق في الرعاية الصحية لأطفال المهاجرين غير الشرعيين والصغار الذين يصحبونهم يقتصر على الرعاية الصحية الضرورية، بينما المهاجرون البالغون غير الشرعيين يمتلكون فقط الحق في الرعاية الصحية الطارئة، المتضمنة في حالات التعرض للهلاك.

(33) Ibidem

(٣٤) قبلت أيضا بعض الدول بروتوكولا إضافيا للميثاق الاجتماعي يقدم نظاما من الشكاوى الجماعية (٩ نوفمبر ١٩٩٥). بناء على هذا الإجراء تستطيع النقابات ومنظمات رجال الأعمال والمنظمات غير الحكومية المعترف بها رفع شكاوى ضد دولة لا تفي بالتزاماتها الواردة في الميثاق، مباشرة إلى اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية. وتستطيع اللجنة عندئذ تحويل تقييمها للشكوى مباشرة إلى لجنة الوزراء.

متشــددة في تفســيرها للميثاق الاجتماعي أكثر كثيرا جدا من اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية. وبالأحرى فإن الأخيرة تمضــي بعيدا في تفســيراتها للحقوق الاجتماعية المدرجة في الميثاق؛ ولا تجد تصــريحاتها أحيانا صــلة واضحة مع الحقوق المقررة. وبالفعل يصــبح محل تســاؤل ما إذا كانت اللجنة تمتلك ســلطات لتطويــر قوام قانوني للميثاق والتزاماته. ومع ذلك، حقيقة أن اللجنة الحكومية هي أكثر رزانة وعمقا كثيرا جدا في تفســيراتها، وهي لذلك تتضــاءل إلى حد بعيد أمام الاســتنتاجات بعيدة المدى التي تصــل إليها لجنة الحقوق الاجتماعية، وتظهر أن مــواد الميثاق الاجتماعي تنص على مبادئ شــديدة العمومية لدرجة أنه لا يمكن تنفيذها تلقائيا. وخصــوصــا فيما يتعلق بالمواد المتعلقة بالأمن الاجتماعي (التي علقنا عليها أعلاه) فلا توجد أدلة ملموســة على أن المحاكم الوطنية سوف تطبقها مباشرة في أي حالة أمامها[٣٥]. وأخيرا يجب ذكر أن سلطات التفسير الأوروبية الممنوحة للجنة الأخيرة قد تم نسفها.

لا تمتلك محكمة حقوق الإنســان الجدارة لتفسير مواد الميثاق الاجتماعي (المنقح). إلا أن ذلك لا يمنع المحكمة من إســناد قانون قضاياها بشــكل غير مباشر إلى التعليقات التفســيرية للميثاق الاجتماعــي الأوروبي التي خرجت من اللجنــة الأوروبية للحقوق الاجتماعيــة. مثال هذا الإســناد الترافقي للميثــاق الاجتماعي الأوروبــي من الممكن رؤيته مثلاً في قضية "بواريه"، التي كان على المحكمة تقييم ما إذا كان شرط الجنسية في التشــريع الفرنسي من أجل اســتحقاق مكافآت البالغين ذوي الإعاقات ينتهك المادة ١٤ مــن العهــد الأوروبي (عدم التمييز) عند تناوله مع المــادة ١ من البروتوكول رقم ١١ (حمايــة حقــوق الملكيــة)[٣٦] [٣٧]. ورغم ذلك، التفســير المباشــر أو تقييم (الميثاق

(٣٥) وعلى النقيض، المواد المتعلقة بالحق في التنظيم (مادة ٥) والحق في اتخاذ موقف جماعي، شاملا ذلك الحق في الإضراب (مادة ٦) تُطبَق أحيانا بشكل مباشر في سوابق قانونية، انظر في هذا المقام:
K. Kapuy, D. Pieters and B. Zaglmayer, Social security cases in Europe: The European Court of Human Rights, (Antwerpen: Intersentia, 2007), p.3.

(36) ECHR, 30 September 2003, Koua Poirrez v. France, Appl. 40892/98

(٣٧) انظر الاعتبار رقم ٢٩، حيث يُدرَج الميثاق الاجتماعي وخصوصا تفسير اللجنة له "كقانون داخلي ذي علاقة" يُؤخذ في الاعتبار: اللجنة الأوروبية للحقوق الاجتماعية، الاستنتاجات المتعلقة بتوافق فرنسا مع المادة ١٢ من الميثاق:
15 th report, reference period 1997-1998; Conclusions XV-1, Volume 1, p. 277, Council of Europe editions, 2000.

الاجتماعـي المنقـح) الأوروبي لا يقع داخل نطاق جـدارة المحكمة الأوروبية. ومن هنا لا يستطيع المرء أن يستخلص أن التأثير القانوني لأدوات الحق الاجتماعي يبدو ذا طبيعة محدودة.

بعض الاستنتاجات الأولية فيما يتعلق بأدوات الحقوق الاجتماعية

رغم إعطاء أوزان مختلفة للتبعات القانونية الملموسـة، فإنه عندما يصل الأمر إلى الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية، تفرض بشكل رئيسي كل من أدوات الحقوق على الدول الموقعة التزاما عاما بأن يكون لديها نظام (اجتماعي صـحي) قائم يضـمن القدرة لسكانها -بأسلوب غير تمييزي ومنصف- على الوصول إلى الرعاية الصحية.

تخاطب بنود العهد بشـكل رئيسـي الدول ولكنها مُصاغة بشـكل عام. ويشدد العهد بشكل خاص على الحق في الوصول إلى المحددات الصحية (الغذاء والتغذية . . . إلخ)؛ ويركز الميثاق الاجتماعي أساسا على الحاجة إلى الوجود الفعلي لنظام حماية اجتماعية سـليم. على الـدول أن تظهر أنها تتكفل بالجهود الضـرورية للوصـول إلى الأهداف الموضـوعة. وعند تحديد الالتزامات بشكل أكثر تفصيلاً (مثلاً فيما يتعلق بالالتزامات الجوهرية أو فيما يتعلق ببند عدم التمييز في ميدان الرعاية الصحية)، لا يستطيع المرء سوى أن يستخلص أنه لم تكن هناك نية لمنح القابلية المباشرة لتطبيق البنود؛ حيث تقوم إجراءات إشرافية معينة على أساسها يتم تقييم الجهود التي تتكفل بها الدول.

أمـا فيما يتعلق بالمحتويات (كيف يجب أن يكون شـكل النظـام؟) تظل البنود مبهمة أكثر أو كما هو الحال مثلاً بالنسـبة للميثاق الاجتماعي، تشـير البنود إلى أدوات تضع معايير قياسية للموضوع محل النظر. والمثير هنا هو دور اللجان المشرفة على التقارير التي ترسـلها الدول الموقعة حيث تقوم بتفسير بنود العهد وبنود الميثاق وحيث يوجد - غالبا- مزيد من الأدلة الاسترشادية للتفسير التفصيلي عن الوضع الذي يبدو عليه الحق في الوصـول إلى الرعاية الصـحية. ويجب على الدول- مثلا- ألا تتصرف بأسلوب تمييـزي كما يجب من حيث المبدأ أن تمنح تغطية شـاملة لكن مع انتباه خاص للأجزاء

الأضـعف من السـكان. وهذا يعني من بين أشـياء أخرى وجوب اسـتخدام أسـاليب المشاركة في تحمل التكلفة في أضيق نطاق بالنسبة لهذه الفئات. ويجب أيضا أن يكون نظام الرعاية الصـحية الذي يقدم للسكان له القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية وذا طبيعة عامة، ويجب على الدول منع التأمين الصـحي الخاص من الاستحواز على حصـة كبيرة من تنظيمه. تشير القواعد التفسـيرية الأخرى إلى قوائم الانتظار أو إلى فعالية النظام، والتي يمكن قياسها على أساس المخرجات الصحية.

ورغـم أن هذه الدلائل الاسترشـادية تعطـي بعض الدلائل الملموسـة بشـكل أكبر فيما يتعلق بالقدرة على الوصـول، فإنها تغامر بتدميـر الحقوق الجوهرية على المدى الطويـل. فالكثيـر من هذه الدلائـل تتجاوز الحد فيما هو منصـوص عليـه في أدوات الحقوق الجوهرية، فهي لا تفسر مفهومًا ولا تفسر جملة ولكنها ببساطة تضيف بنودًا أو أحكامًـا جديدة لأدوات الحقوق الجوهرية. إلا أن اللجان ليس لديها سـلطة فعل ذلك، ومن ثم تتعرض سـلطاتها للخطر. ترفض الأطراف الموقعة تفسـيراتها، وخصوصا عندمـا لا تتبـع هذه التفسـيرات من نص الوثائــق. وحقيقة أنه نـادرا مـا تأخذ اللجنة الحكومية على محمل الجد التوصـيات الإشـرافية للجنة الحقوق الاجتماعية بخصوص تطبيقات الميثاق الاجتماعي الأوروبي هي دليل واضـح على ذلك. وأيضا على ما هو ظاهر، تذهب اللجنة التي تفسر العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بعيدا في جدارتها على التفسـير. ففي تشـريعاتها المتنامية، كان عليها أن توضح المرة تلـو الأخرى ماهية الحق في الوصـول إلى الرعاية الصـحية من حيـث الجوهر، عند صـياغتها للالتزامات الجوهرية في التعليق رقم ٣. وكان عليها أيضـا أن تتأكد من أنه على الأقل تجري متابعة هذه الالتزامات، وهكذا تدمر بنفسـها -بشـكل غير مباشـر- السعي نحو الالتزامات الأخرى التي ميزتها في نص العهد.

٢. الحق في الرعاية الصحية كما يُعرَّف بأدوات "معايير الحد الأدنى القياسية"

إدخـال معايير الحد الأدنى القياسـية كما تعرِّفهـا اتفاقية منظمة العمل الدوليـة رقم ١٠٢ والكود الأوروبي للأمن الاجتماعي

اقترحت منظمة العمل الدولية عام ١٩٥٢ أداة تحتوي معايير الحد الأدنى القياسـية فـي مجال الأمـن الاجتماعي للتوقيع على الدول الأعضـاء فيها: اتفاقيـة منظمة العمل الدوليـة رقـم ١٠٢ [٣٨]. إذا ما تكلمنا بشـكل فني، أدرِج بالاتفاقية قائمة بتسـع حالات طارئـة كبرى تعتبرها على الأقـل وقت إطلاق الاتفاقية أنها المخاطـر التقليدية للأمن الاجتماعي. وإذا ما تكلمنا بشـكل واقعي، وضـعَت المعايير بسـبب الحالات الطارئة التالية: الرعاية الطبية، والمرض والبطالة والشيخوخة وإصابة العمل والأعباء العائلية والأمومـة والعجز والبقاء على قيد الحياة. المعاييـر التي تطورت فيما يتعلق بالرعاية الصـحية، ورعاية الأمومة وإصابات العمل ذات علاقة بموضوعنا. تحتوي الحالتان الطارئتـان الأخيرتان فعليا على بنود تتعلق بكل من المنافع النقدية (اسـتبدال الدخول) ومنافـع عينية (الرعاية الطبيـة)، والمنافع الأخيرة ذات طبيعة أكثـر إلحاحا بقليل من المعايير الموجودة في الجزء العام المتعلق بالرعاية الطبية.

وقد كان الكـود الأوروبي للأمن الاجتماعـي (١٩٦٤)، أداة "معايير الحد الأدنى القياسـية" التي وضعها المجلس الأوروبي لدوله الأعضـاء، على غرار وثيق الصلة باتفاقيـة منظمة العمل الدولية[٣٩]. يكرر الكـود بنود اتفاقية المنظمة مع بعض تعديلات صـغرى. إلا أنه أكثـر إلحاحا، حيث يفرض على الدول الموقعة أن تتوافق مع سـت حـالات طارئة على الأقل، في الوقت الذي تطلب فيه اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ الالتزام بثلاث حالات فقط، أضف إلى ذلك أنها وضعت مسودة[٤٠] بروتوكول إضـافي للكود[٤١]. يتطلـب هذا البروتوكول احترام معايير قياسـية أعلى. بطريقة ما،

---

(٣٨) منذ خروجها إلى حيز التنفيذ، صدّقت على المعاهدة ٤١ دولة عضوا في منظمة العمل الدولية.

(٣٩) وقعتها ٢٥ دولة عضوا في المجلس الأوروبي، متبوعة بعشرين تصديقا.

(٤٠) وقعتها ١٣ دولة وصدقت عليها السبع دول التالية: بلجيكا وألمانيا ولكسمبورج وهولندا والنرويج والبرتغال والسويد.

(٤١) لن نناقش هنا الكود المنقح (٦ نوفمبر ١٩٩١) التي حذفت من بنود الكود الأساسي، حيث لم تصدّق عليه أي دولة عضو في المجلس الأوروبي حتى الآن.

تصـميم البروتوكول يتناسب مع دول أوروبا التي لديها نظام قائم يمتد بسهولة إلى كل الأرجاء بمعايير اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢. وعند أخذ الفروق الاقتصادية والاجتماعيـة الضـخمة بين الدول الأعضـاء في الاعتبار، تنشـأ الاتفاقيات القياسـية بأسـلوب أكثر مرونة حتى لا تكون بالكامل خارج قدرة البلدان الأفقر، ولكنها تحتفظ فـي نفس الوقت ببعضـ العلاقة بالأنظمة الأكثر تطورا. وهذا يوضـح- مثلا- القبول الجزئي بمعايير الحد الأدنى القياسـية، أي بالنسبة لبعض الحالات الطارئة على الأقل وليس لجميعها. أكثر من ذلك، تمت صـياغة الاتفاقيات بطريقة تضع فيها فقط معايير قياسـية "دنيا". وهذا يعني أنه بحكم التعريف تسـتطيع الدول أن تفعل الأحسـن إذا ما رغبت في ذلك. بل عديد من بنود الاتفاقيات مصممة بطريقة ما تُسمى نسبية. فالمعايير التي تقيم -مثلا- مسـتوى المنافع توضـع في علاقة مع الحقائق القومية، أي المتوسط الوطنـي للأجر. يجب أن تكون منافع الشـيخوخة- مثلا- في حدود ٤٠ ٪ مما يكسـبه المنتفع العادي في البلد(٤٢). وعند تطبيق ذلك على الرعاية الصحية، مستوى المساهمات الشخصية الذي تفرضه الدولة على المريض الذي تشمله التغطية، يُحدَّد -مثلا- كنسبة مئوية أقصـى من التكلفة القومية لمنتج الرعاية الصـحية المعين(٤٣). وبغض النظر عن بعض الاسـتثناءات، لا تنطبق هنا معايير المواءمة القياسية المطلقة، مثل المنافع الدنيا الشاملة لمستوى معين.

وبجانـب البنود العامة التي تحتوى من بين أشـياء أخرى تعريفات بعض المفاهيم، والالتزامات التي يجب اضـطلاع الدولـة الموقعة بها، ومعاييـر الإدارة والتمويل، والخلفيات التي على أساسها من المسموح للدول أن تعلق المنافع الممنوحة، يقوم هيكل الحـالات الطارئـة المختلفة بنفس الطريقة. وقبل كل شـيء، يتحـدد العدد الأدنى من الأشـخاص الذين تغطيهم هذه المنافع في كل حالة طوارئ معينة ("مجال الأشخاص" فـي المخطط). وتاليا، نجد البنـود المتعلقة بمدد الانتظار، وفتـرات التأهيل، وزمن الدفع مقابل المنافع، والشروط الأخرى الحاكمة للقدرة على الوصول إلى هذه المنافع ("المجـال المادي" للمخطط)؛ وأخيرا، البنود التي قد نجدها مصـممة من أجل اختبار

(٤٢) ولهذا الغرض، تأسست قواعد لتحديد المنتفع الفرد في الدول الموقعة: انظر مواد ٦٥ و٦٦ و٦٧.

(٤٣) وكما تم في بروتوكول الكود الأوروبي للأمن الاجتماعي؛ انظر المزيد أدناه.

مستوى المنافع. ولهذا الغرض تم تعريف دخل مرجعي في جزء خاص (الجزء الحادي عشر: مواد ٦٥ و٦٦ و٦٧)، يتم تحديد المنافع قباله. الفكرة الرئيسية هي أن كل منفعة يجب أن تصل إلى مستوى استبدال الحد الأدنى من الدخل (انظر الجدول في الجزء الحادي عشر، والموجود في نهاية اتفاقية منظمة العمل الدولية والكود الأوروبي). والأخير مع ذلك لا يتعلق بالرعاية الطبية، حيث إنه يركز على منافع استبدال الدخل.

لاحقا، سوف نصف بنود اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٠٢ والكود الأوروبي المتعلقين بموضوعنا ("الوصول إلى الرعاية الصحية")؛ والوصف سوف يتم تلقائيا، لأن أوجه التماثل بين الأداتين كثيرة. تخاطب المعايير القياسية بشكل رئيسي أوجه الوصول إلى الرعاية الصحية. بكلمات أخرى هاتان الاتفاقيتان تركزان أساسا على مخطط الرعاية الصحية كجزء من الأمن الاجتماعي. أولا: يُقدم عرض عام للمعايير الصحية لكل حالة طارئة (ذات علاقة) تُقدَم المعايير حيث قد توجد في الفصل العام عن الرعاية الصحية. ثم سوف نركز على معايير الرعاية الصحية النوعية كما هو منصوص عليها في الفصول التي تتناول رعاية الأمومة وإصابات العمل. وأخيرا سوف ننظر في بعض المعايير الأكثر تقدما كما هي مطروحة في بروتوكولات الكود واتفاقيات منظمة العمل، والتي تم تصميمها خصيصا لحالات الطوارئ.

معايير الحد الأدنى القياسية للوصول إلى الرعاية الصحية

يبدأ قسم الرعاية الصحية بتعريف. في المادة ٧، تتحدد الرعاية الصحية بوصفها تقديم منافع تتعلق بحالة تتطلب رعاية طبية ذات طبيعة وقائية أو علاجية. كل دولة وقد قبلت بهذا الجزء من الاتفاقية، يجب أن تضمن لمواطنيها الذين تغطيهم تلك المنافع، القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، كلٍ من الخدمات الوقائية والعلاجية متضمنة الرعاية الصحية تشمل أي حالة مرضية، مهما كان سببها، تتضمن الحمل والولادة وعواقبهما. أما ما يجب أن يصبح مفهوما "بالحالة المرضية"، فتعطي منظمة العمل الدولية مزيدا من الإرشاد: ربما تعتبر الحالة مرضية مادامت تتطلب-حتما - رعاية طبية. وإذا ما تحدثنا بشكل عام، فإنه يجب أن تكون تكلفة الرعاية الطبية في حدود القدرة الاقتصادية من وجهة نظر الحفاظ على صحة الشخص، الذي يحظى بالحماية أو استرجاعها أو تحسينها، وقدرته على العمل والقيام

بتلبية احتياجاته الشخصـية[٤٤]. ومن هنا، يظل التعريف أكثر عمومية ولا يعطي سوى الإشـارة إلى الوقايـة، وأي دليل ملموس على أي نوع من خدمات الرعاية الصـحية يجب تقديمه.

حتى نحصـل على مزيد مـن المعلومات حول أي من أنواع خدمات الرعاية الصـحية سـوف تُمنح، نحتاج إلى النظر في المادة ١٠ (المجال المادي). بشـكل ملموس يجب أن يتمتع الأشـخاص الذين يحظون بالحماية بالمنافع الصحية التالية: رعاية الممارس العام، متضـمنة الزيارات المنزليـة؛ ورعاية الإخصـائي؛ والإمـداد بالمستحضـرات الدوائية الأساسـية كمـا يصـفها الممارس الطبـي أو الممارسـون الآخرون المؤهلـون؛ ودخول المستشـفى حينما يكون ذلك ضـروريا. كحالتى الحمل أو الولادة، فالمحدد بوضـوح هو أن رعايـة ما قبل الـولادة، وأثناء الولادة وما بعد الولادة يجب أن تكون مضـمونة، إما بواسـطة الممارس الطبي أو بواسـطة القابلات المؤهلات وعند الضرورة يجب أن تدخل المستشـفى. ورغم أن هذا الوصـف يعطينا بعض التوجيه المفصل بمعنى أن نظم الرعاية الصـحية يجب أن تغطي الرعاية العامة، والرعاية المتخصصـة المقدمة في المستشفيات، والأدوية الأساسـية ورعاية الأمومة، فإنها كلها تظل غامضة تماما. وبالتالي، لا يفرض الوفاء بهذا المجال المادي (أو جزء منه) مشاكل كبيرة على معظم الدول.

والمهم هو قدرة الدولة على الإشـارة إلى أن الشـرائح العامة من خدمات الرعاية الصـحية – رعاية العيادات الخارجية، ورعاية الإقامة بالمستشفيات ورعاية الأمومة وقائمـة بالأدويـة المغطاة – متاحة لسـكانها تحت مظلة التغطية. بعد ذلك نسـتطيع أن نقـرأ في المادة ١٠ أن المستحضـرات الدوائية (الأساسـية) يغطيهـا النظام فقط عندما يصـفها المسئول الصـحي. أكثر من ذلك، لا تتضـمن تكلفة دخول المستشفى المغطاة تكلفة الصيانة والتمريض والخدمات المعاونة الأخرى؛ عند الحديث بصرامة عن تكلفة الرعاية الصـحية[٤٥]. لم تعـط لجنة الخبراء، التي قامت بتفسـير كل من اتفاقية منظمة العمـل الدولية رقم ١٠٢ والكود (انظـر أدناه تحت عنوان الإنفاذ القانوني)، كثيرا من المعلومات الإضافية في هذا المقام، وكذلك التقرير التفسيري لاتفاقية المنظمة والكود.

---

(44) ILO, Standards for the XXIst Century, Geneva, 2005, p. 17

(45) E. Imesch, "The European Code of Social Security: General structure and those parts of the Code not relating to pensions", in Council of Europe (ed.), Compilation social security training course, 1998, (63), 68.

أيضـا البند الذي يتناول مسـتوى المسـاهمات الشخصـية – جزء الرعاية الصـحية المغطاة الذي يجب على المريض دفع مقابله بشـكل مباشـر لمقدم الخدمة الصـحية – يأتي نصـه عاما جدا. تحكم المادة ١٠ فقرة ٢ بأن التشـريعات الوطنية ربما تطلب من المنتفعين المشاركة في تكلفة أي رعاية طبية يتلقونها (ما عدا الرعاية الطبية الممنوحة في حالة الأمومة). إلا أن كمية المشـاركة في الدفع المسموح بها لم تتعين. وتنص المادة فقط على أن " قواعد مثل هذه المشاركة في الدفع سوف تُصمَّم بحيث تتجنب المشقة". يعطي بروتوكول الكود مزيدًا من المؤشـرات هنا (انظر أدناه تحت المعايير المقدمة). ومع ذلك، فمن الصعب تقييم معيار "تجنب المشقة" في أدوات وضع المعايير العامة. عموما، سـوف تعطـي لجنة الخبراء المشـرفة على تطبيق هـذه الأدوات، مزيدا من الانتباه لشـرائح الناس؛ ذوي الأمراض المزمنة أو للأشـخاص محدودي الوسائل، حيث إن هذه الشـرائح هي التي تتعرض لمواجهة المصـاعب. والمسألة الإشكالية هي كيف يجب أن يحسب المرء الكميات المحددة لمساهماته الخاصة. هل يضيف المرء معًا كل المقادير المختلفة لكل المنافع ومن هنا يقيس المقدار الكلي لمساهماته عموما؟ أو هل يحسـب المرء مثلا بالطريقة المطبقة ببروتوكول الكود كل شـريحة على حدة؟ تختلف فعليا خدمات الرعاية بشـكل شديد عن بعضها في جانب التكلفة: ٢٥ ٪ كمساهمة خاصة في إقامة طويلة بالمستشـفى تعني بالأرقام المطلقة شـيئا ما مختلفا عن ٣٣ ٪ مما يدفعه المريض مقابل رعاية روتينية للأسنان. ولهذا الحد، لا يمكن إعطاء إجابة واضحة فيما يتعلق بهذا السـؤال. بالأحرى تميل لجنة الخبراء إلى أسـلوب وضع تقديرات حسابية مبنية على أرقام مثل المستخدم في البروتوكول لحساب المعايير القياسية العامة.

وحيـث إن قائمة الخدمات الطبية المغطاة هي أمر غيـر دقيق – فالقائمة تتعامل مع الشرائح الصحية العامة – لذا تمتلك بنود المساهمات الشخصية فوق كل شيء أثرا ضارا؛ فمن الأفضـل للدولة ألا يكون لديها على الإطـلاق تغطية لنوعية معينة من العلاج من أن تغطيها فقط بشـكل جزئي. في الحالة الأخيرة، تخاطر الدولة بأن تصـطدم بالمادة رقم ١٠، حيث إن التكلفة العالية نسبيا المفروضة على المريض ربما تعتبر عاملا يدفع المريضـ نحو تكبد المصـاعب. وفـي الحالة الأولى – لا توجـد تغطية على الإطلاق للخدمة الصحية – لا يوجد تصادم مع المعايير مادامت الخدمات الطبية العامة الأخرى أو خدمات الإخصائي متوقعا وجودها في النظام الصحي.

وسؤال آخر يتعلق بالمجال الشخصي: أي أشخاص يجب تغطيتهم بالحد الأدنى؟ مادة ٩ التي تتعامل مع المجال الشخصي، تمت صياغتها مرة أخرى بطريقة أكثر مرونة: "الأشخاص الذين يخضعون للحماية سوف يتكونون من:

أ. الفئات المقررة من المستخدمين، التي لا تمثل إلا أقل من ٥٠٪ من كل المستخدمين، وأيضا زوجاتهم وأطفالهم ،أو

ب. الفئات المقررة من السكان الذين يقومون بنشاط اقتصادي، التي تمثل أقل من ٢٠٪ من كل المقيمين، وأيضا مع زوجاتهم وأطفالهم؛ أو

ت. الفئات المقررة من المقيمين، التي تمثل أقل من ٥٠٪ من كل المقيمين."

تتعلق مرونة الوصف بأنظمة الرعاية الصحية المختلفة القائمة في أوروبا، إذا لم نقل في العالم كله. لو كان المستخدمون -أو بعض شرائحهم- هم فقط من يتمتعون بالتغطية، فعلى الأقل ٥٠ ٪ من المستخدمين يجب تغطيتهم، يشمل ذلك أعضاء العائلة المعتمديـن عليهم. في حالة تغطية نظام الرعاية الصحية أكثر من المستخدمين فقط، تعتمد معايير الحد الأدنى على نوع النظام القائم: لو كان النظام من النوع المهني -يغطي أناسًا يقومون بنشاط اقتصادي، مثل المستخدمين، ومن يعملون لدى أنفسهم وموظفي الخدمة المدنية – على الدولة التأكد من أن نسبة ٢٠ ٪ من السكان على الأقل تتمتع بالتغطية. بعبارة أخرى، من الممكن استهداف النظم الصحية الشاملة، بمعنى أنها تغطي فقط الأشخاص الذين لا يمتلكون سوى موارد محدودة. إلا أن نسب التغطية الدنيا تبدو أكثر انخفاضا: لن يستطيع نظام الرعاية الصحية الوفاء بمثل هذه المعايير، حتى في الدول الأقل تصنيعا؟ إلا أننا يجب أن نأخذ في حسباننا أن بعض الدول تواجه مشاكل خطيرة؛ لأن أقساما واسعة من السكان الذين ينشطون اقتصاديا يعملون في اقتصاد "مستتر". وتلك مشكلة النظم الصحية المحترفة بشكل خاص، حيث إن العمالة "المستترة"، في رأيي، يجب حسبانها في الشرائح المرجعية للمقيمين (٢٠ ٪ منهم) والمستخدمين (لا بد من تغطية ٥٠ ٪ منهم). وحيث إنهم لا يوجدون في أوضاع عمل رسمية، فهم اجتماعيا غير مؤمَّن عليهم صحيا، ومن هنا عندما يوجد نظام اقتصادي مستتر وواسع، سوف يكون من الصعب الوصول إلى معايير.

قد تخضع معايير استحقاق المنافع للاكتمال خلال فترة تأهيل، وهي الفترة التي تعتبر ضرورية لحظر إساءة الاستغلال (مادة ١١). فترة التأهيل قد تتكون من فترة لجمع المساهمات، فترة لخلق فرص التوظيف فترة لاستكمال شروط الإقامة أو مزيج من هذا كله. ويبقى أنه لا تتاح معايير أخرى لتحديد كم من الوقت سوف تستغرقه مثل هذه الفترة بشكل ملموس. ونخرج من تقارير لجنة الخبراء أنه من المقبول عموما أن تستغرق المدة مثلا ٦ أشهر. وفور الاستحقاق، يجب تقديم المنافع الطبية في حالات الطوارئ، باستثناء أن مدة الانتفاع قد تكون محدودة بستة وعشرين أسبوعا في كل حالة. غير مسموح بمثل هذه القيود في حالة الحمل والولادة ونتائجهما. ويلي ذلك أنه لا يمكن تعليق الرعاية الطبية؛ أثناء تلقي المنتفع منافع المرض، ويجب أن تمد التشريعات الوطنية فترة الانتفاع في حالة الأمراض المعترف بأنها تشمل رعاية طويلة الأمد.

معايير صحية خاصة تتعلق بالأمومة وإصابات العمل

تُفرَض معايير قياسية أعلى في حالة ما إذا كان الظرف المرضي بسبب إصابة عمل (حادثة بسبب العمل أو مرضا مهنيا) (انظر الجزء السادس). في مثل هذه الحالات، سوف تتكون الرعاية الطبية من: رعاية ممارس عام ورعاية اختصاصى أثناء الإقامة فى المستشفى ورعاية اختصاصى في العيادات الخارجية (بما فيها الزيارات المنزلية)، ورعاية الأسنان والرعاية التمريضية في المنزل أو في المستشفى (أو أي مؤسسات طبية أخرى)، ومتابعة في المستشفى ونقاهة في المنزل أو المصحات أو أي مؤسسات طبية أخرى، وإمداد بالمستحضرات الدوائية والمستلزمات الجراحية بما فيها الأجهزة التعويضية والرعاية التي يقدمها الفنيون الصحيون المعاونون في أي وقت يصبح ذلك مطلوبا قانونا (ومن المحتمل أن يكون تحت إشراف مسئول من الطب البشري أو من طب الأسنان). وهكذا يرد توصيف أكثر تفصيلا بقائمة الخدمات المغطاة. وبنود المجال المادي تصبح أكثر صرامة: فمن غير المسموح وجود فترات تأهيل، ولا فترات لتطبيق المساهمات الشخصية. علاوة على ذلك، أنه يجب منح المنافع أثناء الحالة الطارئة (دون حدود زمنية). بالنسبة للمجال الشخصي، تُصاغ المعايير بمعيار المستخدمين على الأقل تغطية ٥٠ ٪ منهم. من الممكن ترك فئات (مهنية) أخرى دون تغطية.

أيضـا فيمـا يتعلق بالرعايـة الطبية الممنوحة فـي حالات طوارئ رعايـة الأمومة (الجزء الثامن)، تكرر المعايير لحد واسـع بنود الرعاية الطبية الواردة بالجزء العام. إلا أنه غير مسـموح بتطبيق المسـاهمات الشخصـية ويجب تقديم المنافع الطبية خلال فترة الحالة الطارئة كلها وربما لا تقل عن ١٢ أسـبوعا. في حالة المضـاعفات، يجب أن تمتد فترة تقديم الرعاية أيضا. في النهاية فيما يتعلق بالمجال الشخصي، يجب تغطية ٥٠ ٪ من المسـتخدمين في هذه الحالة الطارئة. يجب منح كل النساء العاملات من بين هـؤلاء الذين يتمتعون بالتغطية القدرة على الوصـول إلى منافع رعاية الأمومة، وهو ما يعني كل النسـاء العاملات، وفيما يتعلق بالمنافع الطبية، يعني ذلك أيضـا كل النساء اللاتي يعتمدن على مستخدمين يتمتعون بالتغطية.

معايير متقدمة

وكما ذكرنا سابقا، تحتوي بعض الأدوات على معايير أعلى. في إطار عمل المجلس الأوروبي أدمجت هذه المعايير الإضافية في بروتوكول الكود. تطلب المادة ٩ التغطية بالحماية لعدد أكبر من الأشـخاص: بالترتيب ٨٠ ٪ من كل المستخدمين ومن يعولونهم من أعضـاء العائلة و ٣٠ ٪ من كل المقيمين و ٦٥ ٪ من كل المقيمين، طبقا لما إذا كان المُقيم يعمل بخطة رعاية صـحية للمسـتخدمين أم هو شخص يقوم بنشاط مهني أو تحت خطة رعاية صحية شاملة. بالنسبة للخدمات التي يشملها الضمان، يجب منح ما يلي أيضا: كل خدمات رعاية المستشـفى الضـرورية وهكذا تنضـم خدمات العلاج، والتمريض والخدمات المسـاعدة، - وكل المستحضرات الدوائية - وهكذا ليست الأدوية الأساسية فقط - ذات طبيعة غير محمية بحقوق الملكية، وكل المستحضـرات الأساسـية المحمية بحقـوق الملكية، ورعاية الأسـنان العلاجية للأطفال، وكل المسـتلزمات الدوائية في حالات رعاية الأمومة. (المادة ١٠، فقرة ١). أكثر من ذلك، يجب منح الرعاية الطبية طوال فترة الحالة الطارئة، وربما تتحدد رعاية المستشـفى باثنين وخمسين أسبوعا لكل حالة، أو ٧٨ أسـبوعا، لأي فترات متتالية خلال ثلاث سـنوات. في الفقرة الثانية من المادة ١٠ هناك نص على حد أقصى معين من المساهمات في حالة إذا ما استخدم المرء أسـلوب المشاركة في تحمل التكلفة. وهي ٢٥ ٪ من تكلفة الرعاية التي يقدمها الممارس العام والإخصـائي خارج المستشـفى ورعاية المستشفى؛ بالنسـبة للمستلزمات الدوائية

تكون ٢٥ ٪ في المتوسط، لذا من الممكن فرض نسب أعلى لبعض المنتجات لو كانت نسب المساهمة بالنسبة لبعض الأفراد الآخرين أقل؛ وبالنسبة للرعاية الدوائية للأسنان ٣٣,٣ ٪. في حالة رعاية الأمومة، من الممكن فرض مساهمات شخصية – تصل في المتوسط إلى ٢٥ ٪ كحد أقصى – على المستلزمات الدوائية.

وعند الأخذ في الاعتبار نتائج تقييم لجنة الخبراء، خصوصا أن هذا البند الأكثر تحديدا بشكل ملموس للخدمات قد تسبب في مشاكل عديدة للدول الموقعة. فدولة مثل بلجيكا – التي أدخلت بشكل متزايد تدابير المشاركة في تحمل التكلفة طوال العقود الماضية من أجل الاحتفاظ بميزانية الرعاية الصحية المرتفعة تحت السيطرة – كافحت باستمرار لإقناع الهيئات الإشرافية بأنها تحتفظ بالمساهمات الشخصية في حدود المستويات التي يمكن تحملها، وحتى بعد أن استثمرت الكثير في إدخال أسقف قصوى لتكاليف الرعاية الصحية (المساهمات الشخصية) للأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة وذوي الموارد المحدودة والمتوسطة(٤٦). لا يساعد القضية حقيقة أن تلك التدابير مُصمَّمة بطريقة أكثر تعقيدا وبأسلوب غير شفاف. ومن الجدير بالملاحظة أنه لمدة عشرين سنة حتى الآن أخذت اللجنة الوزارية تدعو بلجيكا لتخفيض المستويات العالية للمشاركة في تحمل التكلفة عندها(٤٧). ومن الواضح أن الهيئات الإشرافية تظهر صور الصبر اللازمة نحو الانتهاكات –انظر المزيد حول ذلك أدناه تحت عنوان الإنفاذ القانوني– ومن خلال إطار منظمة العمل الدولية، نجد معايير أكثر تقدما فيما يتعلق بالرعاية الصحية وفيما يسمى أدوات "حالة الطوارئ المفردة" التي تضع معايير خاصة بخطر معين من الأخطار: الاتفاقية رقم ١٣٠ (الرعاية الطبية)، والاتفاقية رقم ١٢١ (إصابة

(46) Council of Europe, Resolution CSS(2006), 1 on the application of the European Code of Social Security and its Protocol by Belgium, Adopted by the Committee of Ministers on 6 September 2006

(47) A. Otting, "The supervisory machinery for implementation of the Code: Introduction, working methods and practical examples" in Council of Europe (ed.), Social security training course on the study of standard-setting instruments of the Council of Europe in the field of; Compendium of working documents, 2000, (113), p. 121-123 social security.

العمـل) والاتفاقية رقم ١٨٣ (الأمومة). من الجدير بالملاحظة أن بعض الدول –مثل فنلندا – فضلت قبول هذه الاتفاقيات، بدلا من الموافقة على المعاهدة رقم ١٠٢.

تم تعريف معايير المجال الشخصـي بشـكل أكثر عمومية مقارنة "بالمعاهدة الأم". تتحدث الاتفاقية رقم ١٣٠ مثلاً عن تغطية كل المستخدمين، والصبية من ضمنهم، ومن يعولونهم في حالة وجود نظام رعاية صحية يغطي المستخدمين، وتغطية ٧٥٪ تقريبا من كل القائمين بنشـاط اقتصادي – تشمل من يعولونهم – عند وجود مثل هذا النظام. وإذا كانت الرعاية الصـحية تُقدَّم من خلال نظام شـامل، يجب عندئذ تغطية ٧٥٪ من كل المقيمين فـي بالدولة. تطالب الاتفاقية رقم ١٢١ (إصـابات العمل) والاتفاقية رقم ١٨٣ (الأمومة) بتغطية كاملة لكل المستخدمين، وزوجاتهم المعالة.

بالنسـبة للخدمات، تقدم الاتفاقية رقم ١٣٠ (الرعاية الطبية) بشـكل إضـافي تغطية رعاية الأسـنان والتأهيل الطبي، متضـمنة الإمداد بالأجهزة التعويضـية والتركيبات وصـيانتها وتجديدهـا. وتطلـب الاتفاقية رقـم ١٢١ (إصـابات العمل) بأنـه في حالة حـوادث العمل الخطيرة، يجب توفر خدمات علاج حالات الطوارئ في مكان العمل؛ بالنسبة للإصابات الخفيفة التي لا تستدعي الانقطاع عن العمل، يجب ضمان علاجات متابعة المريض أيضـا. بل تمضـي الاتفاقية رقم ١٨٣ خطوات أكثر تقدما في وصف خدمات الأمومة المضمونة. على سبيل المثال هناك مزيد من الانتباه لحقوق الأمهات المرضـعات، بخصوص الحمايـة الصـحية وحماية الوظيفة والسلوك الذي لا يمارس تمييزا من صاحب العمل.

بالنسـبة لمدة الخدمات الطبية، تضـمنت المعاهدة بنودا أشـد صـرامة أيضـا. تبدأ الاتفاقيـة رقـم ١٣٠ (الرعاية الطبية) من مبـدأ أن الرعاية الطبية تُمنح مادام يسـتمر الحدث الطارئ. يُرخَّص بسـتة وعشـرين أسـبوعا فقط حيث يتوقف تصنيف المنتفع بكونـه ينتمي إلى شـرائح الأشـخاص تحت الحمايـة، ويبدأ المرض فـي الوقت الذي يندرج فيه الشـخص لمثل هذه الشرائح. وبالنسـبة لفرض مساهمات شخصية، تنص الاتفاقية رقم ١٣٠ أنه تاليا لتجنب المصاعب، كما يجب ألا تجحف المشاركة في تحمل التكلفة فعالية الحماية الطبية والاجتماعية.

فيما يتعلق بالالتزامات الجارية والإنفاذ القانوني

التـزام الدولة الموقعـة بأدوات معيار الحد الأدنى للمجلس الأوروبي (أى الكود) ومنظمة العمل الدولية يخضع للإشراف طبقا لإجراء معيّن. فور التصديق على اتفاقية معيار الحد الأدنى، يصبح مطلوبا من الدولة العضو تقديم تقارير منتظمة حول تنفيذ وتطبيق هذه الالتزامات. تتبع هذه التقارير إطار عمل قياسي يعكس الالتزامات المترتبة على اتفاقيـة منظمة العمل الدولية والاتفاقية رقم ١٠٢/الكود وفي نفس الوقت يطلب برهانا ملموسا ، مادة إحصائية تشير إلى تطبيق تلك الحدود الدنيا في الممارسة العملية. ومن ثم تُفحص هذه التقارير بواسطة "لجنة من الخبراء في تطبيق الاتفاقيات والتوصيات" التي تأسست من داخل إطار منظمة العمل الدوليـة. تتكون اللجنة من خبراء مستقلين تختارهم "الهيئة الحاكمة فـي منظمة العمل الدوليـة". ورغم ذلك، تشرف هذه اللجنة أيضا على معايير الحد الأدنى التي صاغها المجلس الأوروبي، حيث إن بنود الكود الأوروبي مماثلة لبنود اتفاقيـة المنظمة الدولية للعمل رقم ١٠٢. لا تستند قرارات اللجنة فقط على تقارير الحكومة، ولكنها تستند أيضا على ما يتاح من معلومات أخرى مثل ملاحظات النقابات وجمعيات أصحاب الأعمال. في حالة اتفاقيات منظمة العمل الدولية، يُقدّم تقرير اللجنة إلى مؤتمر العمل الدولي. ومن خلال لجنة خاصـة للمؤتمر حول تطبيق الاتفاقيات والتوصيات، يناقش ممثلو الحكومات والعمال وأصحاب الأعمال – بحقوق تصويت متساوية – التقرير الوطني للجنة الخبراء ويقدمون فعليا مقترح تقرير التقييم النهائي الذي يتبناه المؤتمر الدولي لاحقا. من أجل تطبيق الكود، تصدر لجنة الخبراء التقارير إلى "لجنـة الخبراء الأوروبية حول أدوات وضع المعايير"، وهي الهيئة المشكلة من كبار المسئولين في وزارات الأمن الاجتماعي في كل دولة عضو في المجلس الأوروبي. تمتلك اللجنة سلطات لتقرير وتقديم ما تصل إليه من نتائج إلى لجنة الوزراء (في المجلس الأوروبي). لجنـة الوزراء هي التـي تقرر بأغلبية الثلثين إذا ما كان كل طرف في التعاقد قد أوفى بالتزاماته الواردة بالكود. لو وصلت اللجنة إلى نتائج سلبية، فهي تدعو الدولة المعنية لاتخاذ تدابير ضرورية لضمان الوفاء بالالتزامات مرة أخرى. وهكذا الإجراءات الإشرافية المتبعة ذات طبيعة "دبلوماسية" أكثر. فالفكرة هي ليست فرض عقوبات

حقيقيـة على الدولة المتعثرة ولكن إقامة حوار من أجل المسـاعدة في التغلب على عدم الالتزام بالمعايير الموضوعة(٤٨).

معظـم البنود عند الأخذ في الاعتبـار طبيعة معايير الحد الأدنى ليسـت بنودًا معينة ونصوصها غير مفصلة بدرجة تكفي لتنفيذها ذاتيا. ويبقى أن هناك بعض الأمثلة، رغم ندرتها لتطبيق المحاكم الوطنية مباشرة بعض بنود اتفاقيات هذه المعايير الدنيا. أفضل مـا هو معروف في هذا المجال حكمـان لمحكمة التأمين الفيدرالية السويسـرية في ٢٥ أغسطس ١٩٩٣ و ٢١ فبراير ١٩٩٤ (٤٩)، حين رأت المحكمة أن الكود ليس فقط ملزما للأطـراف المتعاقـدة، أي الحكومات، ولكن بنوده قد تكون نافذة من تلقاء نفسـها إلى المدى الذي تكون فيه واضـحة ودقيقة ولا تترك عنصـرا للتقييم أو الانتقاء السياسي. وبالتالي حكمت المحكمة أن البند المنظور له السيادة على التشريعات الوطنية. تناولت القضـايا المادة ٦٨ من الكود التي تضع معايير لتعليق مدفوعات المنافع، وبشكل أكثر تحديدا بتعديد الخلفيات الممكنة للتعليق. اعتبرت المحكمة الفيدرالية السويسرية للتأمين أن المادة ٦٨، القسـم "f" من الكود، الذي يمنح سـلطة تعليق الفوائد فقط عند حدوث واقعة الطوارئ بسـبب سوء التصـرف العمدي من جانب الشخص موضوع الواقعة، وهي تسـري مباشرة ولها السـيادة على البنود المماثلة من القانون الوطني إلى المدى الذي تسـمح به بنود القانون الفيدرالي -في اللحظة الراهنة- بتخفيض المنافع في حالة سوء التصرف الخطير المرتكب بسبب الإهمال. في هذه الحالات، يُلام العمال المُؤمَّن عليهم موضوع النظر على إهمالهم الجسيم عند لحظة وقوع إصابة العمل.

مؤخرا جدا، أصـدرت محكمة الاسـتئناف المركزية في هولنـدا حكما مثيرا يطبق بعض بنود الكود المتعلقة بحالات طوارئ إصـابات العمل (المواد ٣١ و ٣٢ و ٣٤)(٥٠).

---

(48) Otting, Ibid, p. 134-136

(49) Ibid, p. 117-123

(50) Centrale Raad van Beroep, 8 September 2006, as being commented by Th. de Vries, "Problems with the (interpretation of) Conventions from a judge's point of view", in F. Pennings (ed.), The Role and Interpretation of International Social Security Conventions, to be published.

تتعامل القضـية مع عامل أصـيب بعجز عن العمل نتيجة تعرضـه لحادث عمل. نتيجة لهذه الحادثة، عانى الرجل من مشاكل نفسيّة خطيرة وأقام بشكل دائم في مصحة نفسية للعلاج الطبي. طبقا للتشـريع الهولندي المتعلق بذلك، (أي القانون الهولندي للرعاية الطبية الخاصة طويلة الأمد (AWBZ)، واضطر هذا الشخص لدفع مساهمة شهرية في علاجه. في إجراءات سير الدعوى، طُرحت سؤالًا ما إذا كانت بنود القانون الهولندي تتوافق مـع الكود الأوروبي. فالمـواد رقم ٣١، ٣٢، ٣٤ من الكـود (الجزء الرابع) تحكم بأن كل دولة عِضـو سـوف تضـمن في حالات المرض بسبب إصـابات متعلقة بالعمـل أن منافع العامل سـوف تكون الرعاية الطبية يشـمل الممارسـ العام ورعاية الإخصـائي أثناء الإقامة في المستشفى ورعاية العيادة الخارجية. أكثر من ذلك، ليس مسموحا فرض مساهمات شخصية (انظر أعلاه). حكمت محكمة الاستئناف المركزية بأن المادتين ٣٢ و ٣٤ تضعان قواعد محددة للأشخاص الذين يتمتعون بحماية المطالبة بالرعايـة الطبيـة. ومن هنـا، اعتبرت المحكمة هذيـن المادتين ذاتيـة التنفيذ من تلقاء ذاتهـا. وبالتالي، حكمت المحكمة أن المسـاهمة التي يضـطر العامـل لدفعها لرعايته الطبية كانت انتهاكا للمادتين ٣٢ و ٣٤ من الكود. ولذا أشـارت المحكمة دعما لتفسيرها إلـى قرار وزراء اللجنة الأوروبية المكتوب فيه: "حيث إن القانون لم يطرح أي بنود لمشـاركة الأشـخاص المُؤمَّن عليهم في تكلفة الرعاية الطبية في حالة إصابات العمل، يجب توضـيح [أن قانونا خاصا يتعلق بالمساهمات] ينطبق في الواقع العملي فقط على ضحايا غير الحوادث المهنية"(٥١).

بعض الاستنتاجات الأولية بخصوص أدوات "معايير الحد الأدنى"

يستطيع المرء استخلاص نتائج لمعايير الحد الأدنى في ميدان الرعاية الصحية بأنها لحد ما قد فات أو أن هذه المعايير، ونصوصـها شديدة العمومية. أكثر من ذلك، يشك المـرء في إذا ما كان لهـذه المعايير فعليا تأثيـر ملموس على أنظمتنا للرعاية الصـحية الاجتماعيـة. وقد يتعجب المرء، آخـذا في الاعتبار قائمة الخدمات الصـحية الواجب تغطيتها، مما إذا كانت هذه المعايير لا تزال تعكس التفكير المعاصـر للرعاية الصحية،

---

(51) Ibid

الذي يركز بشكل متزايد على الرعاية الصحية المتكاملة. وربما الأكثر إثارة للمتاعب هو النصوص التي تتحدث عن الخدمات المدرجة بشرائح الرعاية بشكل شديد العمومية. يستطيع المرء أن يستخلص من البنود أنه يجب أن يغطي النظام الصحي جميع خدمات الرعاية الأولية والرعاية المتخصصة، ويتم كل ذلك عبر خدمات العيادات الخارجية وخدمات المستشفى، فصياغة النص كانت عمومية جدا للدرجة التي لا تترك أثرا متماسكا على التنظيم السليم لأنظمة الرعاية الصحية. وكما ذكرنا سابقا قد يترك ذلك أثرا سلبيا عند قراءته مع بنود كمية المساهمات الشخصية المفروضة، وقد يكون من الأفضل بالنسبة للدول أحيانا ألا تغطي خدمات بعينها من أن تفرض على استخدامهم مقدارًا جزئيًا من المساهمات الشخصية.

ورغم أنه وبشكل استثنائي، تعتبر المحاكم الوطنية أن لبنود معايير الحد الأدنى طبيعة التنفيذ تلقائيا، فإنه مع مرور الوقت يجب على الدول أن تكيّف نظامها في حالة تصادمه مع المعايير، لا يتمكن المرء سوى من إثارة أسئلة حول التأثير المادي لتلك الأدوات على نظم الرعاية الصحية[٥٢]. لم تُصاغ البنود بطريقة ترسم التزامات محددة منها. وبالمثل فيما شاهدناه من الميثاق الاجتماعي، تُظهر لجنة الخبراء أحيانا ميلاً نحو خلق معايير (فرعية) محددة بشكل أكبر؛ إلا أنه في مثل هذه الحالات نلاحظ ميلاً للرفض من معظم الدول الموقعة. فعليا لا تمتلك اللجنة سلطة لتفعل ذلك، حيث إن ولايتها فقط تشمل الإشراف وفي أفضل السيناريوهات تفسير هذه المعايير. والأكثر مدعاة للدهشة رغم ذلك هو أن المعايير لا تترجم ما هو قائم وحي بشكل ملموس في معظم نظم الرعاية الصحية الاجتماعية؛ مما ييسر الوصول إلى الرعاية الصحية ذات الجودة لكل الأشخاص بأسلوب مقبول اقتصاديا. وبالأحرى سوف تفترض مقاربة أكثر عصرية معايير لقياس المخرجات (الجودة)، وسبل الوصول أمام الجميع، والمقدرة على تحمل التكلفة الاقتصادية.

---

(٥٢) كما هو الحال على سبيل المثال بالنسبة للمستويات القصوى المحددة بدقة للمساهمات الشخصية في بروتوكول الكود. انظر أيضا في هذا المجال اوتينج كما اقتبسناه سابقا.

٣. الحق في (الوصول إلى) الرعاية الصحية كما تتحدد بواسطة أدوات حقوق الإنسان

مقدمة:

بدأت المحاكم (الدستورية) الدولية -بل وحتى الوطنية- بشكل متزايد في اختبار أعراف الأمن الاجتماعي في توافقها مع حقوق الإنسان الجوهرية. تهتم حقوق الإنسان مثلاً باحترام الحياة الخاصة والعائلية، وكذلك حظر الحط من معاملة الإنسان أو معاملته بطريقة لا آدمية - مثلا بسبب وقف مفاجئ أو دون دوافع لدفع مقابل منافع أو في حالة وجود منافع بقدر قليل جدا لا يمكن العيش بواسطتها بطريقة كريمة وحماية الملكية -مثلا عندما يواجه المنتفع بتخفيض منافعه أو عندما تتغير شروط الاستحقاق بصورة جوهرية- وحظر التمييز - مثلا عندما لا يكون من حق الأجانب الوصول إلى منفعة ما- والحق في معاملة عادلة ونزيهة -مثلاً فيما يتعلق بإجراءات الأمن الاجتماعي- إلخ[٥٣]. على المستوى الدولي، خصوصا محكمة حقوق الإنسان الأوروبية طورت بعض السوابق القانونية الرائدة في هذا المجال.

ومن هنا بالنسبة لهذه المقالة، سوف نركز بشكل رئيسي على العلاقة بين الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان من أجل الأمن الاجتماعي عموما والرعاية الصحية الاجتماعية -الوصول إلى الرعاية الصحية- على الأخص. فيما يلي، سوف نقدم أولا السابقة القانونية عموما ومن ثم نحاول توضيح نتائجها المحتملة على الوصول إلى الرعاية الصحية.

السابقة القانونية لمحكمة حقوق الإنسان الأوروبية ونتائجها على الرعاية الصحية الاجتماعية عموما

قبل تناول السابقة القانونية، ربما يكون من المثير إعطاء مقدمة قصيرة عن المعاهدة الأوروبية لحماية حقوق الإنسان. تم إقرار المعاهدة في ١٩٥٠ من قبل الدول الأعضاء في المجلس الأوروبي، وبشكل رئيسي كرد فعل واستجابة لانتهاكات حقوق الإنسان

(53) D. Pieters and B. Zaglmayer, Social Security Cases in Europe: National Courts, supra note 35. (Antwerpen: Intersentia, 2006), and Kapuy, et al.,

فى أثناء الحرب العالمية الثانية في أوروبا. تركز المعاهدة بشكل رئيسي على "حقوق الإنسـان". الحقـوق الاجتماعية أو الاقتصـادية، مثل الحق في الأمـن الاجتماعي أو الحق في المعاونة الاجتماعية أو الحق في الوصـول إلى الرعاية الصحية، ليسوا جزءا مـن المعاهدة بالمعنى الدقيق للكلمة. وقد عولجت هذه الحقوق فى الحال بواسـطة أداة مناسـبة من المجلس الأوروبي بالاسم. الميثاق الاجتماعي (المنقح) الأوروبي (انظر سابقا). وعلى عكس الميثاق الاجتماعي الأوروبي، لا تتمتع المعاهدة الأوروبية حول حقوق الإنسـان بالقدرة على التطبيق المباشـر. في ظل المعاهدة من الممكن الشكوى ضد الدول المتعاهدة إما بواسطة دول أخرى متعاقدة أو – في حالة قبول الدولة المهنمة لذلك – بواسطة أفراد يقدم طلب فردي إلى المحكمة المنشأة لهذا الغرض أي: المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسـان، ومقرها ستراسـبورج. وأكثر من ذلك، حيث إن معظم الدول المتعاقدة قد ضـمت المعاهدة الأوروبية في قانونها الداخلي (الدستوري)، تميل المحاكم الوطنية إلى تطبيق الحقوق المضمونة مباشرة في سوابقها القانونية.

ونتيجة لآليات الشـكوى الفردية والأثر المباشـر للمعاهدة، بـدأ الأفراد في الإتيان بقضـايا الأمن الاجتماعي إلى هيئات الإشراف القضـائي المنبثقة من المعاهدة. ورغم عدم ميل المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسـان لتطبيق مواد المعاهدة الأوروبية لحماية حقـوق الإنسـان في هذه القضـايا، فإنه يبدو أن الاتجـاه قد تغير جوهريا في السـنتين الأخيرتين(٥٤). والعرض العام لهذه السـابقة القانونية سـوف يذهـب بنا بعيدا جدا. إلا أنه من الأهمية الخاصـة في هذا المقام ذكر تلك القضـايا التي تختبـر توافق بنود الأمن الاجتماعـي مع حظر التمييـز (مادة ١٤) وحماية الملكية (مـادة ١ البروتوكول الأول في المعاهدة) وحظر المعاملة غير الآدمية (مادة ٣). في قضـية جايجوسوز، المواطن التركي الذي رفضـوا اسـتحقاقه المعاونة في حالة الطوارئ بالنمسا بعد انتهاء مدة حقه فـي منافع البطالة، علـى خلفية أنه ليس مواطنا نمسـاويا(٥٥). اعتبرت المحكمة كلا من المـادة ١٤ (عـدم التمييز) والمادة ١ مـن البروتوكول الأول (حقـوق حماية الملكية)

(54) Ibid

(55) Judgment of 16 September 1996, Gaygusuz v. Austria, Appl. No. 17371/90, § 41.

قد تم انتهاكها. ولاحظت المحكمة وبكلمات غير واضحة لحد ما، أنه "دون كون ذلك ضروريا الاعتماد بشكل أحادي على الصلة بين استحقاق معونة الحالة الطارئة والالتزام بدفع الضرائب". ومن الممكن اعتبار الحق في معونة الطوارئ النمساوية حقا نقديا بغرض تطبيق البروتوكول الأول (حماية الملكية). عندما يفي الشخص المعني بكل الشروط المتعلقة، ما عدا الجنسية، من الممكن تقرير أن السيد جايجوسوز تعرض للتمييز. أكثر من ذلك، في علاقة ذلك بحماية حق الملكية، تم العدوان على توقعاته المشروعة في أن يتمتع باستحقاقات مساعدة حالة الطوارئ. تُدفَع مساعدة الطوارئ كمنفعة متابعة للأشخاص المتبطلين عن العمل الذين يقتربون من سن التقاعد، في اللحظة التي تنتهي فيها فترة منافع البطالة، والغرض الرئيسي من ورائها هو عبور الفترات المنصرمة حتى التقاعد. وحيث إن جايجوسوز قد دفع عن حق مساهمته، فمن المتوقع أنه سوف يستحق مثل هذه المعاونة لحالة الطوارئ عندما ينتهي حقه في إعانات البطالة.

وقد تأكد هذا الحكم بطريقة أكثر حصافة في قضيتي بواريه وستيتش(٥٦) (٥٧). في هاتين القضيتين اللتين تناولتا منافع المعاونة الاجتماعية التي لا تفترض دفع مساهمات، طبقت المحكمة نفس خط المعقولية الذي طورته سابقا في قضية جايجوسوز. ومع ذلك، أوضحت المحكمة أن حماية الملكية كما تحددت في المادة ١ من البروتوكول الأول لا تنحصر في المنافع التي يساهم فيها الأشخاص فقط. في قضية بوازيه، نص الحكم بوضوح "حقيقة أن الطالب في قضية جايجوسوز قد دفع مساهماته وهو بذلك يستحق مساعدة حالة الطوارئ، فذلك لا يعني عند حدوث العكس، أن المنافع الاجتماعية التي لا تفترض مساهمات... لا تخلق وضعا لحق نقدي وهو الغرض من المادة ١ من البروتوكول الأول (حماية الملكية)". وفي حالة ستيتش: [مع العلم بتنوع أساليب التمويل، والطبيعة المتضافرة للمنافع تحت معظم أنظمة الرفاه الاجتماعي]، يبدو مصطنعا بشكل متزايد رؤية أنه فقط المنافع الممولة بمساهمات في صندوق مخصوص

(56) Judgment of 12 April 2006, Stec and others v. UK, Appl. No. 65731/01, 65900/01

(57) Judgment of 30 September 2003, Koua Poirrez v. France, Appl. No. 40892/98

هي التي تقع في نطاق المادة ١ من البروتوكول رقم ١ . وإذا كان فرد يمتلك حقا مؤكدا في ظل القانون المحلي في منافع الرفاه الاجتماعي ، فأهمية تلك المصلحة يجب أن تنعكس أيضا في رؤية المادة ١ من البروتوكول رقم ١ قابلة للتطبيق".

تكتسب هذه الاعتبارات أهمية كبرى بالنسبة للمنافع الاجتماعية المنبثقة مما يسمى الخطط الشاملة التي لا تفترض مساهمات من مستحقيها ، وهي التي تنتمي إليها نظم الرعاية الصحية الاجتماعية. فعندما يمتلك الأشخاص الذين يتمتعون بالتغطية الاجتماعية حقا ذاتيا في هذه المنافع فمن الواجب نسبتهم إلى هذه الخطط بأسلوب غير تمييزي ، مع احترام توقعات ذلك الشخص المشروعة في نفس الوقت. وهذا قد يعني مثلاً أنه عندما تغير الدول بشكل جوهري من حزم المنافع الصحية المغطاة ، تحتاج هذه الدول إلى عمل ذلك بأسلوب يحترم التوقعات المشروعة لمواطنيها الذين يتمتعون بهذه التغطية. ومع ذلك ، يظل موضعا للتساؤل: هل ستضع المحكمة الأوروبية منافع الرعاية الصحية في مدى مجال البروتوكول رقم ١ . وحتى لو أن المحكمة قد مدت بوضوح تطبيق البروتوكول للحقوق النابعة من الخطط التي لا تفترض مساهمات ، فإن هذه الخطط ما زالت تتعامل مع المنافع نقديا (ذات طبيعة نقدية). ولهذا الحد لم تخلق المحكمة بعد صلة إلى حماية الحق في الخدمات ، التي تنتمي إليها مثل خدمات الرعاية الصحية.

قد تعتبر المحكمة حماية المنافع النقدية شيئا ما مختلفا مقارنة بضمان حزمة رعاية صحية معينة. هل من الممكن بعد ذلك حماية استحقاقات حزمة رعاية صحية معينة ، التي هي من حيث الجوهر خاضعة لتغيير مستمر؟ في قضية «لاريوشينا» ، كان على المحكمة التحقق مما إذا كانت المادة ٣ من الاتفاقية (حظر التعذيب والمعاملة غير الآدمية) لم يُعتدَ عليها[٥٨]. قد يكون لهذا الحكم علاقة بالحق في الوصول إلى الرعاية الصحية أيضا. في هذه القضية ، المدعي بالحق كان يقرر بشكل جوهري أن معاش السيدة «لاريوشينا» قليل جدا لدرجة أنه لا يضمن لها أن تعيش بكرامة. ومن هنا ، اعتبرت السيدة أن الدولة الروسية تعاملها بطريقة لا إنسانية وبأسلوب يحط

(58) Judgment of 23 April 2002, Larioshina v Russia, Appl. No. 56869/00

مـن كرامتهـا. ورغم أن المحكمة قـررت أن الاتفاقية في حد ذاتها لا توفر ضـمانات للحقـوق الاجتماعية، مثل الحق في مسـاعدة طبية مجانية أو الحق في طلب مسـاعدة ماليـة، فالشـكوى من أن مقدار مكافأة التقاعـد ككل أو أي منافع اجتماعية أخرى غير كاف، وذلك لا يثير من حيث المبدأ قضـية تحت المادة ٣ من الاتفاقية. وبشـكل أكثر دقة، عندما تدفع دولة ما لشـخص محتاج مثل هذه المنفعة المنخفضـة فإنها تجبر ذلك الشـخص على ظروف حياة من الشدة أقل من مستوى حد أدنى معين، وذلك قد يعتبر انتهـاكا للمـادة ٣. ومع ذلك، يجب البرهنة على الشـخص المعني علـى أنه يعيش في ظروف متدهورة بما يتجاوز الحد الأدنى الصريح من الشدة، مع إظهار أنه يعانى من تدمير صـحته البدنية أو العقلية. لم تعط المحكمة مع ذلك مؤشـرا ملموسا على مستوى الحد الأدنى – الحرج – من الشـدة. ومن ثم، برهان معاناة المرء من الدمار النفسـي والبدني لن يكون بهذه السهولة.

قد يكون ذلك مختلفا قليلاً عند تطبيق هذه السابقة القانونية على الوصول إلى الرعاية الصـحية. شـخص بوسـائل معيشـة محدودة ويعاني من مرض خطير يهدد حياته، علاجـه (باهظ التكلفة) لا يخضـع للتغطية أو يجب للحصـول عليها مشـاركة في الدفع مرتفعة، هذا الشـخص قد يكون في موقف يسـتطيع أن يظهر فيه بشـكل أكثر سـهولة أنه يعاني من مثل هذا الدمار وبالتالي مضـطر للعيش في ظروف تتجاوز الحد الأدنى للاحتمال. قد تحتاج الدولة حينئذ للإشـارة إلى أسباب تبريرية –مثلاً الصفة التجريبية للعلاج، وتوفر علاجات أخرى في ظل التغطية ومساوية في الفعالية،... إلخ – لعدم تغطية العلاج أو لعدم إتاحة تسديد نفقات العلاج الذي أجراه المريض في الخارج.

وبالمثـل، ربما يُعتبر الإيقاف المفاجئ لتغطية علاج معين أمرا معاكسـا للمادة ٣، خصوصا عندما يُتخذ القرار على أساس انتقائي. ومن الممكن وجود مؤشر على ذلك، مثلاً في حالة قضـية "دي" ضـد "المملكة المتحدة"، حيث إنها القضـية التي جرت في ظل أوضـاع اسـتثنائية وبالغة الحدة. أوقف العلاج الصحي لمهاجر غير منتظم يعاني مـن الإيدز نتيجة لقرار بطرده خارج البلاد(٥٩). وجدت المحكمة أن تنفيذ قرار الطرد

(59) Judgement of 2 May 1997, D. v UK, Appl. No. 30240/96

سـوف يعرض المدّعي الذي يعاني فى الحال من ضـعف صحي بالغ إلى خطر حقيقي بالموت في ظل أكثر الظروف شـدّة، وهو ما يصل إلى معاملة غير آدمية ومن هنا هو انتهـاك للمادة ٣. لاحظت المحكمة أن الدولة المُدعَى عليها قد اتخذت مسـئولية علاج حالة المدّعي، وأنه قد أصـبح معتمدا على الرعاية الطبية وعلاج تخفيف الآلام. ومع ذلك أشارت المحكمة بوضوح إلى أن ظروف هذه القضية كانت استثنائية جدا. سابقا، كانت القضـايا التي تتعامل مع حرمان شـخص من القدرة على الوصـول إلى العلاج الصحي تُعتبر بشكل منهجي لا تمثل عدوانا على حقوق الإنسان المُحتج بها – أي تحريم المعاملة غير الآدمية أو المهينة للكرامة، ولكن أيضا الحق في الحياة والحق في احترام حياة الأسرة – تعاملت القضايا مثلا مع عدم تغطية العلاج البديل لفيروس التهاب الكبد الوبائي[٦٠]، والتغطية الجزئية لعلاج باهظ الثمن – ٣٠ ٪ مسـاهمة شخصـية مفروضة على الأدوية غالية الثمن[٦١] – ورعاية المستشفى (فقط الإجراءات الضرورية والعلاج الضـروري بشـكل صـارم جدا[٦٢] – الحجج المتعلقة بحقيقة أن البلد فى الحال بأقصى مـا عنـده بتغطية العلاج المتوافر إلى حـدود بعيدة، أو أن المرء لا يسـتطيع أن يتوقع مـن البلد تغطية كاملـة لعلاج غالي الثمن، آخذين في الحسـبان القدرات المالية العامة المحدودة، تُعتبر هذه الحجج حاسـمة جدا في الدفاع القانوني بهدف تبرئة سـاحة البلد (defence à décharge). ونفس الأمـر يتحقق أيضـا بالنسبة للعلاجـات البديلة التي لم تثبت بعد فعاليتها علميا.

---

(60) Decision Commission of 1 July 1998, Scialacqua v. Italy, Appl. 34151/96; the application for a judgement to the European Court of Human Rights, being declared inadmissible

(61) Decision Commission of 21 March 2002, Nitecki v. Poland, Appl. 65653/01; the application for a judgement to the European Court of Human Rights, being declared inadmissible Decision Commission of 4 January 2005, Pentiocova v Moldova, Appl. 34151/96; the application for a judgement to the European Court of Human Rights, being declared inadmissible

(62) Ibid

بعض الاستنتاجات الأولية فيما يتعلق بأثر أدوات حقوق الإنسان على الوصول إلى الرعاية الصحية

يرحب الكثيرون بالسوابق القانونية المتنامية للمحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان في ميدان الأمن الاجتماعي. ويعطى ذلك فعليا باعثا جديدا لصياغة شكل الحقوق الاجتماعية، حيث يُنظَر إليها من زاوية أخرى. ورغم أن المحكمة قاومت طويلا منح أي حقوق اجتماعية بشكل مباشر بناء على اتفاقية حماية حقوق الإنسان، فإنها بدأت بشكل متزايد في اختبار توافق حقوق الأمن الاجتماعي مع مبادئ حقوق الإنسان الواردة فى الاتفاقية (مثل مبدأ عدم التمييز، وحماية حقوق الملكية والتوقعات المشروعة والحماية ضد المعاملة غير الآدمية).

يعتبر البعض أن السابقة القانونية تصوغ -أخيرا- بعض المبادئ القانونية الجوهرية المتماسكة في الميدان الاجتماعي، وأداة الحقوق الاجتماعية الدولية في الوقت الراهن ذات طبيعة برنامجية جدا. وذلك أنه من الممكن الاحتجاج مباشرة بتلك المبادئ الجوهرية، كما هي منصوص عليها في الاتفاقية، أمام محكمة وطنية أو حتى المحكمة الأوروبية، وهذا يُمكن اعتباره تطورا إيجابيا.

إلا أنه يبقى من الواجب طرح بعض الملاحظات الجانبية فيما يتعلق بهذا التطور. ويجب ألا ينسى المرء أن الاتفاقية هي أداة حقوق إنسان، تحمي في المقام الأول الفرد ضد الأعمال غير المشروعة للدولة. وهذه المقاربة ذات طبيعة حقوقية فردية صرف، وهي لا تتناسب بالكامل مع جوهر (قانون) الأمن الاجتماعي، الذي يشمل الرعاية الصحية الاجتماعية. ومن المؤكد أن واجب الأنظمة الاجتماعية هو حماية المصلحة الجماعية -مثل احترام التضامن- وذلك يكون تاليا للحقوق الفردية. وبالتشديد كثيرا على الحقوق الفردية - من خلال مبادئ حقوق الإنسان المطروحة في الاتفاقية - ربما يفسد المرء السمة الجوهرية لنظم الأمن الاجتماعي، حرفيا إعادة التوزيع بين المواطنين ومن هنا المصلحة الجماعية للمجتمع على هذا النحو. تمثل نظم الأمن الاجتماعي- جوهريا- أكثر من حاصل جمع الحقوق الاجتماعية الفردية. ومع ذلك هذه الجوانب الجماعية لا تحددها أداة حقوق الإنسان بوضوح. ما يبقى لنراه

في المستقبل هو ما إذا كانت المحكمة سوف تمتلك النسق الضروري لوزن الحقوق الفردية مقابل المصلحة الجماعية لنظمنا الجماعية.

نظرة عامة

لو أردنا أن نصل إلى اتفاق بشأن هذا السؤال: إلى أي مدى تصوغ الاتفاقيات الدولية شكل الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية؟ من الممكن وضع تلك الملاحظات النهائية، إذا ما نظر المرء لأدوات الحقوق الاجتماعية التي تتناول الحق في الرعاية الصحية كجزء من الحق الأكثر عمومية في الحماية الاجتماعية، فإن هناك ميلا لتفسير هذا الحق بأسلوب أكثر تفصيلا وأكثر تقنية. خصوصا اللجنة التي تتحكم في تطبيق الاتفاقيات، تميل إلى تطوير شروط وقواعد تتعلق بإنشاء الحق المُعلَن. وبالتالي، الضمانة الأساسية – القدرة على الوصول للجميع – تتعرض للخطر. فالقدرة على الوصول ليست مضمونة كثيرا بتطوير كل أنواع الأدلة الاسترشادية الجديدة فيما يتعلق بنظم الرعاية الصحية، ولكنها مضمونة كثيرا بواسطة ضمان التطبيق المتماسك لهذا الحق الاجتماعي. في الممارسة العملية، يعني ذلك أن هذا الحق سوف يحقق الأثر الأكبر عندما نستطيع تطبيقه مع ما تُسمى الحالات الهامشية: الأشخاص الذين هم في موقف ضعف اجتماعيا أو اقتصاديا أو عرقيا أو ثقافيا. بكلمات أخرى، فضمان جوهر الحق الاجتماعي هو قابليته للتطبيق المباشر، وإمكانية تحقيقه أكثر من تطوير المحتويات المتماسكة من خلال كل أنواع التقنيات التي لا يمكن إنفاذها في نهاية المطاف.

وعندما نأتي إلى أدوات المعايير – الحد الأدنى – نستطيع أن نسأل أنفسنا عما إذا كانت البنود القائمة ما زالت تتوافق مع التفكير الحالي في الرعاية الصحية. تعكس هذه الأدوات كثيرا التفكير في الأمن الاجتماعي للخمسينيات، دون وحدات قياس متماسكة لمخرجات نظم الرعاية الصحية – الفاعلية والكفاءة – إذا ما أردنا صيانة قيمة هذه الاتفاقيات، سوف يكون التحدي الأكبر هو إعادة التفكير في أدوات وضع المعايير من أجل رؤية: أين تستطيع البنود القابلة للتطبيق المباشر أن تمضي معا بمعايير أكثر تطورا، لتقيس بشكل تفصيلي: الوصول إلى الرعاية الصحية ومخرجاتها.

وسوف نكون سذجا أن نعتقد أنه بتطبيق أدوات حقوق الإنسان وحدها، يستطيع المرء معالجة هذا التحدي. وتشير السوابق القانونية التي طورتها المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان في ميدان الأمن الاجتماعي، إلى أن مثل هذه الأدوات قد تطورت بأسلوب أحادي الجانب بشكل ضيق، يشدد أساسا على الحقوق الفردية، دون كثير من الاهتمام بالمصالح الجماعية للمجتمع. ويعود لتلك الأدوات من الجيل التالي أن تقيم هذا التوازن بين الحقوق والواجبات، إضافة إلى بناء الصلة بين الاستحقاقات الفردية والمصلحة الجماعية.

الجزء الثاني
أوروبا: التضامن والعدالة في الرعاية الصحية

الفصل الثاني

معنى «العدالة» و«التضامن» في الرعاية الصحية

مارتن بويسن (Martin Buijsen)

مقدمة

في هولندا - مثلما في كل مكان آخر - التبرع بالأعضاء أمر نادر. وقوائم انتظار جراحات زرع الأعضاء طويلة حيث يموت المرضى بلا ضرورة.

من وقت لآخر يخرج كبار الاقتصاديين وعلماء الأخلاق بأفكار غير تقليدية لتقليل قوائم الانتظار هذه. ومنذ سنوات قليلة اقترح فيلسوف الأخلاقيات الهولندي جوفيرت دن هارتوغ حلا جديدا للمشكلة[1]. ابتكر الفيلسوف ما يسمى مخطط نقاط المكافأة. يتلقى الناس الذين يسجلون أنفسهم كمتبرعين بالأعضاء (بعد الوفاة) نقاط مكافأة فور ما يصبحون هم أنفسهم مرضى محتاجين لزرع عضو من متبرع. وفور ما يحدث تخصيص للعضو المناسب للزرع من متبرع، تؤخذ هذه النقاط في الاعتبار. ونتيجة لذلك فإن هؤلاء المرضى لن يستنفذوا هذا الوقت الطويل في قوائم الانتظار.

والفكرة بالطبع هي أنه من الممكن أن يكون الأمر في مصلحتهم، وسوف يزيد عدد الناس المستعدين لتسجيل أنفسهم كمتبرعين بأعضائهم بعد الوفاة. وطبقا لـ «دن هارتوغ» سوف يوّلِد المخطط أكثر مما يكفي من أعضاء المتبرعين، وبما يكفي للوفاء بطلب مرضى جراحات الزرع غير المرحبين بالتبرع بأعضائهم بعد الوفاة، هؤلاء الذين - بكلمات أخرى - يستنفذون نسبيا وقتا أكبر في قوائم الانتظار.

---

(1) G. den Hartogh, Gift of bijdrage? Over morele aspecten van orgaandonatie (Den Haag, Rathenau Instituut, 2003).

لـم يقابل اقتراح دن هارتوغ بحماس كبير. وفي الواقع، لقد استُبعِدت هذه الفكرة تماما بسـرعة. ورغم ادعاء الاقتراح أنه سوف يخفض عدد وفيات من هم على قوائم انتظار زرع أعضـاء بعد وفاة أصـحابها. وصـفت الخطة بأنها "غير أخلاقية". كيف لهموم عدالة "التوزيع" أن تتغلب على هموم الحياة والموت؟ وثانيا، رغم جدّة الخطة وعدم تقليديتها في سياق تخصيص الأعضاء المطروحة للزرع. من الصعب أن يكون اللجوء إلى المصـلحة الشخصية كحل لمشـاكل الندرة حلا ثوريا. تُطرح حلول مماثلة في مشـاكل مماثلة بشـكل يكاد يكون منتظمـا في جوانب أخرى من الاقتصـاد، ولكن ليس دون نجاح. وظاهريا، يتصـف سياق تخصـيص الأعضاء بفكرة نوعية جدا عن العدالة، فكرة قوية –من حيث التصـاقها – كما تبدو – بنفقات الحياة– وتختلف بشـكل ملحوظ عن أفكار العدالة السـائدة في مجالات أخرى. في الفقرات القليلة التالية سوف أقدم حججي بأن هذه الفكرة عن العدالة تصـبح نمطية بالنسـبة للرعاية الصـحية ككل. باستخدام هذا المفهوم الذي سوف أحاول تفسير بعض التطورات الأخيرة في الرعاية الصـحية بهولندا. وسـوف أحاول من خلال القيام بذلك تحديد معنى "التضـامن" في سياق الرعاية الصحية.

العدالة: مفهوم موضع نزاع جوهري

فلسفيا، العدالة مفهوم إشكالي للغاية. فالعدالة هي واحدة من تلك المفاهيم التي يشار إليهـا أحيانا كمفاهيم محل نزاع جوهري، هذا المفهوم موضـع النـزاع وهو المفهوم الذي يتسم" بـ:

(١) الإشارة إلى ممارسة غاية في التعقيد بسبب أبعادها العديدة، (٢) حدود مفتوحة نسـبيا، في كون الأوضـاع الجديدة وغير المنظورة من الممكن إدخالها في مداها (٣) العادة الواضـحة في إصـدار حكم أخلاقي عند اسـتخدام المفهوم[٢]. والآن ورغم أن العدالة موضـوع خضـع للدرس المكثف طوال التاريخ، فمن الممكن لتحليل تاريخي ومنهجي خام أن يخبرنا بما يكفي عن فكرة العدالة نفسها، وبما يكفي لأغراضنا.

(2) W.B. Gallie, "Essentially contested concepts", in Proceedings of the Aristotelian Society 56 (1955), p. 167-198.

العدالة في شعورنا العام تقليديا هي فضيلة. شارك أرسطو الاعتقاد الشائع في زمانه عن العدالة "كعادة تمكن الناس من التصرف بطريقة عادلة"(٣). وأكثر من ذلك، ما أثار اهتمام أرسطو لم يكن ما يسمى العدالة العامة أو القانونية -أي القدرة على التصرف وفقا للقانون- ولكنها العدالة التي هي صفة تميّز الشخصية، والتي هي- نمطيا- العادة التي تمكن المرء من اختيار القيمة المتوسطة الذهبية. أحد أنماط العدالة التي ميزها أرسطو هو ما يسمى بالعدالة في التوزيع، وهو النمط الذي يهمنا حاليا، ليس كفضيلة ولكن - بشكل أكثر عمومية - كمبدأ.

من المألوف أيضا المبدأ القانوني الروماني القديم "لكل ما يخصه" -suum cuique tribuere-. أشار توماس الإكويني إلى هذا الشعار عندما عرّف فكرة أرسطو عن العدالة بوصفها: "الإرادة التي لا تلين في إعطاء كل امرئ ما يخصه"(٤). والآن، ماذا يعني "إعطاء كل امرئ ما يخصه"؟ فيما يخص العدالة في التوزيع اعتقد أرسطو أن كلمة-"استحقاق" كاشفة جدا، حيث إن "كل شخص سوف يوافق على عدالة التوزيع عندما يحصل الناس في نهاية المطاف على ما يستحقونه"(٥). ومع ذلك، فإنه رأى أيضا أنه في العالم الواقعي "الاستحقاق" ليس له معنى واحد ثابتا. عند الحديث عن توزيع بضاعة شحيحة تسمى السلطة السياسية لاحظ أرسطو أن "يميز الديموقراطيون الاستحقاق لوضع الرجل الحر [وليس العبد]، ويعادل أنصار الأوليجاركية الاستحقاق بالثروة أو الميلاد، إلخ"(٦).

بالطبع، لم يكن أرسطو الأخير الذي حاول تحديد معنى "العدالة". فقد اتبعه العديدون منذ ذلك الزمان، وخرجوا بنتائج مختلفة فعليا. ومع ذلك، لم يكن صعبا جدا التفريق بين مدرستين في التفكير. وذلك فقط لنعطي الميدالية الذهبية الوحيدة المتوافرة

(3) Nicomachean Ethics 1129a7-8.

(4) Summa theologiae II-II, q.58, a.1.

(5) Nicomachean Ethics 1131a25.

(6) Ibid. 1131a26-27.

للفائز في سباق العدو هذا، وبالضبط لنعطي المنحة الدراسية فقط لأفضل الدارسين أداء. ولو كان هناك مكان شاغر، فالمرشح الأفضل هو صاحب المؤهلات وهو الذي سوف ينال الوظيفة. ما زال هذا المفهوم عن العدالة هو الذي يبدو مرتبطا بمفهوم الفضيلة، حيث إن استحقاق ما هو ليس أكثر من قيمة (أو تصرف) لشخص ينال القبول والتفضيل.

كان أرسطو أيضا أول من رأى العلاقة بين مفهومي العدالة والمساواة[٧]. ويبدو الظلم دائما في حاجة إلى تبرير. فلماذا مثلا نزيد التفاوت الموجود أصلا بمكافأة الموهبة بمزيد من المزايا الإضافية؟ وأين هو الظلم في منح وظيفة لمن هو أقل مؤهلات، ويكون ممثلا لجماعة تتعرض لتمييز خطير ضدها، ويستطيع أن يؤدي وظيفته بمزيد من الأموال؟! بكلمات أخرى، ألا يجب أن تخدم العدالة المساواة، خصوصا لمصلحة الضعيف والمحتاج؟ وإذا كانت الإجابة بنعم، ألا يجب أن يكون الاحتياج أكثر من الاستحقاق وهو الذي تقوم على أساسه العدالة في التوزيع؟ لذلك، فكلٌ حسب حاجته! حمل كروبتكين هذه الفكرة عن العدالة - ولنقطة معينة - راولز[٨].

قدّم لنا تاريخ الفكر أفكارا شديدة الاختلاف عن العدالة. ورغم أن كلا منها عَكَس أفكارا ملهمة عن الوعي العام، كما لاحظ رافاييل[٩]، لكن في النهاية يقف كل منهما على نهاية الطرف في مواجهة الآخر. إلا أنه أمر شديد الهندسية أن نرى تاريخ الفكر حول موضوع معين بوصفه رسما تخطيطيا لمعركة مستمرة بين هؤلاء الذين يفضلون اتخاذ الاستحقاق كقاعدة للتوزيع العادل وأولئك الذين يقدمون الحجج على اتخاذ الحاجة كأساس. في عصرنا لما بعد الحداثة، أصبح من المقبول اتباع قول أرسطو مرة أخرى في أن مفاهيم العدالة المختلفة تتعايش بالتأكيد وتستطيع أن تتعايش. ومن

---

(7) Ibidem 1130b10-1130b14.

(8) P. Kropotkin, La Conquête du Pain, (Paris: Tresse and Stock, 1892) and J. Rawls, A Theory of Justice, (Cambridge, Mass: Beknup Press, 1971).

(9) D.D. Raphael, Concepts of Justice, (Oxford: Oxford Univ Press, 2001), p. 6.

الممكن استخدام الاستحقاق والحاجة في نفس الوقت. في أيامنا هذه، في الرياضة غير التعليم من المقبول أن يقوم التوزيع العادل على أسس أخرى، ومعايير التوزيع العادل في العلوم ليست هي تلك المعايير المستخدمة في الرعاية الصحية. هناك كما يسميها الفيلسوف الأمريكي (والزر) عديد من "مجالات العدالة"(١٠). والآن، إذا ما كانت الرعاية الصحية نستطيع رؤيتها كمجال مستقل، فما هو المعني الدقيق "للعدالة"؟

العدالة كما تكمن في القواعد

لم يصل اقتراح دن هارتوغ إلى شيء. فقد أشار بعض النقاد إلى قانون حقوق الإنسان، وبشكل أكثر خصوصية إلى البروتوكول الإضافي لعهد حقوق الإنسان والطب الحيوي فيما يتعلق بزرع الأعضاء والأنسجة (٢٠٠٢). هذا البروتوكول الذي طوره المجلس الأوروبي ولكن الذي لم تصدق عليه هولندا أبدا، يُنظَر إليه عموما كوثيقة مطروح فيها قواعد ومبادئ مقبولة دوليا فيما يتعلق بتخصيص توزيع الأعضاء. تضع المادة ٣ من البروتوكول في كلمات مطالب يجب أن توفي بها نظم زرع الأعضاء. ويجب أن تكون القدرة على الوصول إلى الخدمة مطابقة لهذه المادة(١١). في التقرير التفسيري، التعليق الحاكم، يقال إنه "يجب تخصيص توزيع الأعضاء والأنسجة طبقا للمعايير الطبية"، والتي بها "يجب أن تكون هذه الفكرة مفهومة بأوسع معنى، وتمتد إلى أي ظروف قادرة على التأثير على صحة المريض، وجودة المادة المزروعة ومخرجات عملية الزرع". بهذه "الظروف" نعني ظروف مثل: توافق العضو مع الشخص المستقبِل له، والحالة الطبية العاجلة، والوقت المطلوب لزرع العضو، والوقت المستنفذ في قوائم الانتظار، إلخ(١٢). بكلمات أخرى، يبدو أن النص يقترح السماح بالتمييز بين المرضى، ولكن– فقط – على أسس طبية بالمعنى الضيق للكلمة (sensu stricto) أو بغرض الاختزال. ويصبح مثل هذا التمييز عادلا، وحيث إن

(10) M. Walzer, Spheres of Justice. A defense of pluralism and equality, (Oxford: Oxford Univ Press, 1985).

(11) Additional protocol to the convention on human rights and biomedicine concerning transplantation of organs and tissues of human origin, Strasbourg 24.I.2002, ETS No. 186.

(12) Explanatory report, nr. 37.

الاستعداد المسجل للتبرع بالأعضاء بعد الوفاة بواسطة المريض نفسه الذي يحتاج إلى زرع عضو لا يمكن اعتباره صالحا كظرف كما هو مفهوم من التقرير التفسيري، فالتمييز على هذا الأساس يجب اعتباره تمييزا ظالما. ولذلك يجب توزيع الأعضاء القليلة للمتبرعين بعد الوفاة طبقا للحاجة والحاجة فقط، أي الحاجة الموضوعية، كما تحددها المعايير الطبية.

ورغم اعتبار الاستعداد للتبرع بالأعضاء بعد الوفاة فضيلة أخلاقية عند العديدين، تظهر العدالة المطروحة في قواعد تخصيص الأعضاء أي تسامح تجاه الفضيلة. فالفضيلة ببساطة معيار غير مقبول للتوزيع في هذا السياق. هل يمكن تطبيق التسامح أمام الفضيلة في مجال الرعاية الصحية ككل؟ تذكر أيضا المادة ٣ من عهد حقوق الإنسان والطب الحيوي ذاتها "القدرة المتساوية على الوصول". "مع وضع الاحتياجات الصحية في الحسبان، وسوف تتخذ الأطراف التدابير المناسبة نحو توفير -من خلال تشريعاتها - قدرة متساوية على الوصول إلى رعاية صحية ذات جودة ملائمة"(١٣). وفي المذكرة التفسيرية المصاحبة أوضح مؤلفو المعاهدة معنى "متساوية" فيما يتعلق بالوصول إلى الرعاية الصحية عموما. "الهدف [من المادة ٣] هو ضمان القدرة المتساوية للوصول إلى الرعاية الصحية طبقا لاحتياجات الشخص الطبية". وأضاف المؤلفون "في هذا السياق، "منصف" يعني أولا وأبدا غياب التمييز الظالم. ورغم أن (منصف) ليس مرادفا للمساواة المطلقة(١٤). بكلمات أخرى لا تحظر المادة ٣ من العهد التمييز في الرعاية الصحية. والتمييز مقبول تماما مادام يقوم على أساس الاختلاف في الاحتياج. فالتمييز الظالم بمعايير أخرى (أو ليس وحده على ذلك الأساس) غير مسموح به، لذلك يبدو أن الشعار في الرعاية الصحية هو: لكل حسب احتياجه.

(13) Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, Oviedo 4.IV.1997, ETS No. 164.

(14) Explanatory report, nrs. 24, 25

مرة أخرى القدرة المنصفة على الوصول

لا تؤسس الإشارة إلى المادة ٣ حجة قانونية حيث إن هولندا لم تصدق على اتفاقية حقوق الإنسان والطب الحيوي. فكل ما قيل في الفقرة السابقة، إذا ما تكلمنا حرفيا ليس إلا حججا أخلاقية. وحتى لو كانت هولندا طرفا من أطراف المعاهدة المذكورة أعلاه، يستطيع المرء أن يستمر في القول بوجود هامش للتقدير الشخصي. تتعهد أطراف معاهدات حقوق الإنسان بالتزامات على نفسها، ولكنهم أحرار من حيث المبدأ في تحديد كيفية تنفيذهم لهذه الالتزامات. أكثر من ذلك، حق (الوصول إلى) الرعاية الصحية هو ما يسمى حقا اجتماعيا. فهو ليس حقا "ملموسا" يطالب به الفرد. فلا يمكن المطالبة بالرعاية الصحية (خصوصا في المحاكم الهولندية) بالرجوع إلى معاهدات حقوق الإنسان الدولية التي تتضمن الرعاية الصحية. تخضع أطراف تلك المعاهدات لالتزامات بتحقيق الرعاية الصحية لمواطنيها وسواء نجحوا في ذلك أم لا فذلك يعتمد مبدئيا على الوسائل المتاحة. ونتيجة لذلك يستطيع المواطن الفرد عادة المطالبة بالقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية إذا ما أتاح التشريع الوطني ذلك. لذلك ليس من غير الشائع الحديث عن حقوق الإنسان الاجتماعية بوصفها "حقوقا لينة". ولكن هل هذا صحيح بالنسبة للحق الاجتماعي (في الوصول) للرعاية الصحية؟

تُظهر العديد من المعاهدات والدساتير والإعلانات العالمية القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية كحق أساسي من حقوق الإنسان. ومع ذلك، اختلفت كلمات النصوص اختلافا واسعا. في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية يُعترَف " بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه" كحق جوهري من حقوق الإنسان[١٥]. تذكر ببساطة المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان "الحق في مستوى معيشة ملائم للحياة في صحة وهناء"، لا يتضمن الغذاء والملبس والمسكن فقط، ولكنه يتضمن الرعاية الطبية أيضا[١٦]. تعترف المادة ١١ من الميثاق الاجتماعي الأوروبي بالحق في الحماية

---

(15) Constitution of the World Health Organization, New York, June 19th – July 22nd 1947.

(16) Universal Declaration of Human Rights, Paris, December 10th 1948.

الصـــحية[17]. ويمكننا اكتشــاف مفهوم مماثل في المادة ١٢ وثيقة العلاقة بالعهد الدولي حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR)، وهي المعاهدة التي صدّقت عليها هولندا[18]. ســوف تحترم الحكومات حقوق الإنســان أولا وأبدا. تخضع الدول الأطراف في العهد الدولي للالتزام برعاية صحة مواطنيها. يصل هذا الالتزام إلى أكثر من مجرد تقديم الرعاية الصــحية، فهو يتضمن أيضا التزامات تتعلق بالصحة والأمان في العمل والتزامات تتعلق بالبيئة. ورغم ذلك، كما أدركت الســلطات المشرفة (لجنة الحقوق الاقتصـــادية والاجتماعية والثقافية – CESCR)، يتمثــل الالتزام الجوهري من جانب الحكومة في تقديم الرعاية الصحية. في التعليق العام رقم ١٤، الوثيقة التفسيرية الحاكمة، وصــفت لجنة الحقوق الاقتصـــادية والاجتماعية والثقافيـــة الحق في الرعاية الصــحية الناتج عن المادة ١٢ بوصفه الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية، بمعنى الرعاية الصــحية التي يجب أن تكون متاحة ويمكن الوصول إليها (جغرافيا وماليا فيما يتعلق بالمعلومات)، ومقبولة أخلاقيا وذات جودة طبية. إلا أنه لم يرد ذكر للإنصاف.

الآن، بعضــ التعليقــات الصـــادرة عن لجنـــة الحقــوق الاقتصـــادية والاجتماعية والثقافية، بمـــا فيها التعليق العام رقم ١٤، هي تعليقات مبتكرة تماما من ناحية النظرية القانونيـــة. تقليديا، كنا نرى الفرق الرئيســـي بين الحقوق الفردية الأساســية والحقوق الاجتماعية الأساسية كنتيجة للاختلاف بين التزامات الدولة. الحكومات الأطراف في معاهدات حقوق الإنسان يجب أن تحترم حقوق الأفراد. وألا تنتهك حرية الكلام على ســبيل المثال. وعلى الحكومات أن تكبح جماح نفســها. كل ما عليها صنعه هو إمساك نفسها عن فعل أي شـــيء في هذا المجال. وبالطبع يجب أن تحترم الحكومات الحقوق الاجتماعيـــة أيضـــا، ولكن فيما يخص هـــذه الحقوق من المطلـــوب أن تقوم الحكومات بالتحـــرك من جانبها. وليس من الصـــعب مشـــاهدة أن بعض هـــذه الأعمال من جانب

---

(17) European Social Charter, Turin, October 18th 1961.

(18) General Comment no. 14, adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on May 11th 2001, nr 12.International Convention on Economic, Social and Cultural Rights, New York, December 19th 1966.

الحكومة هي أعمال مطلوبة من أجل ضمان احترام الحقوق الفردية. بادرت الحكومة الهولندية بعمل تشـريعات مكثفة من أجل حماية حق الشـعب في الخصوصـية، لتخلق هيئة مشرفة تراقب ذلك بمنتهى الدقة. وبالمثل فمن المتصور أن الحكومات تمتنع عن التحرك من أجل احترام الحقوق الاجتماعية.

تقدم لجنة الحقوق الاقتصـادية والاجتماعية والثقافية - بعد أن أخذت في حسـبانها هذه الاختلافـات القانونية الطفيفة- تصـنيفا لالتزامـات الدولة في التعليـق العام رقم ١٤. وتعترف اللجنة أن مختلف التزامات الدولة تنبع من المادة ١٢ في العهد وتصنفها فـي قائمة من الالتزامات "القوية" للدولة ("التزامات تُحترَم") لالتزامات الدولة اللينة ("التزامات تقوم الدولة بتيسـيرها"). والآن ورغم عدم ذكر خاص للإنصاف، كان أول التزام يجب احترامه وقامت اللجنة بتطويره هو الالتزام بالتوقف عن اتخاذ تدابير تنكر أو تحد من القدرة المتساوية للوصول إلى الرعاية الصحية لكل الأشخاص. يشير العهد الأوروبي للحقوق الاقتصـادية والثقافية والاجتماعية فـي دوافعه إلى بنده العام ضـد التمييز، الذي يحظر فيه التمييز بوضـوح لأسـباب الجنس أو الديـن أو الاعتقاد إلـخ(١٩). بكلمات أخرى، هناك التزام "قوي" من جانب الحكومات بألا تميّز على هذه الأسس، التي يبدو مرة أخرى أنه يفترض سماحية التمييز على أسس طبية فقط. أي، فور ما تحقق فعليا الدولة الطرف في العهد الأوروبي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية القدرة المتساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية لكل فرد(٢٠). وكما سنرى فذلـك ليس أمرا هينا؛ أن تشـير إليه من خلال الإصـلاحات الأخيرة في نظام الرعاية الصحية الهولندي.

---

(19) General Comment no. 14, nrs. 18, 34.

(٢٠) إضافة إلى ذلك، هناك التزام بحماية (المستوى الثاني من الالتزامات على الدول الأطراف) في إقرار التشريعات أو اتخاذ تدابير أخرى تضمن الوصول المتساوي للرعاية الصحية. انظر: General Comment no. 14, nr. 35.

الطبيعة الأخلاقية للصحة

في الرعاية الصــحية تبدو العدالة فكرة واضحة بشــكل بارز. فالتفكير حول قانون لحقوق الإنســان مطلب دولي ملائم (قانون حقوق الإنسان كان العمود الفقري للنظام القانوني الغربي) يكشف عن مفهوم لا يقبل التنازل للعدل في هذا المجال. والآن، لماذا تتخذ "العدالة" هذا المعنى المحدد جدا في سياق الرعاية الصحية؟

القواعــد هــي ناتج عقليــة عملية، حيث تجســد القواعــد المتعلقة بالرعاية الصــحية المطالب الأخلاقية الأكثر خصوصــية التي نضعها على هذا النوع من النشاط الإنساني بسـبب الأهمية التي سوف نلحقها بالصحة نفسها. وعند الحديث بشكل فلسفي، فالصحة هي خير في حد ذاتها(٢١). إنها تحمل الخير من داخلها: فالصــحة لا تشــتق خيريتها من خيـر أعلى أو أعمق جوهرا. ولا يمكن للصــحة ســوى أن تكون خيــرا داخليا، حيث إنــه لا يمكــن البرهنة علــى خيريتها منطقيا. ومــن الممكن البرهنة على صــدق مقولة "الصــحة هي خير" فقط بالقول إن خيرية الصــحة هي واضحة من تلقاء نفسها (أو جلية أو "طبيعية")(٢٢). من الناحية الأخرى الرعاية الصــحية هي خير، لأنها تخدم الصحة. فالرعاية الصــحية كوسيلة هي خيربضاعة مثل الصحة (أو الحياة أو الصداقة)، بضائع هي خير في حد ذاتها، هي نقطة الانطلاق. والعقلنة الأخلاقية التي هي العقلنة العملية، تبــدأ دائما بمقولات مثل "الصــحة خير"، بشــكل صــريح أو ضــمني. والمطالب التي نضعها على عاتق الرعاية الصحية يمكن تفسيرها فقط بتحديد الطبيعة شديدة الخصوصية للصــحة بوصفها خيرا أخلاقيا. القواعد التي تحكم الرعاية الصحية (القانونية إلى جانب الأخلاقيات الطبية) تصــبح كما هي عليه بسبب خيرية الصــحة، التي هي واضحة لكل منــا(٢٣). الصــحة خير في حــد ذاتها، وغياب هذا الخيــر (أي افتقاد الرعاية الصــحية)

---

(21) R. George, In Defence of Natural Law, (Oxford: Oxford University Press, 1999).

(٢٢) من نافلة القول، أولئك الذين يظنون أن الصحة تفضي إلى السعادة يرتكبون خطأ خطيرا حول طبيعة السعادة

(٢٣) من الممكن تفسير معظم - إن لم يكن كل- سمات أخلاقيات الرعاية الصحية الخصوصية بالرجوع إلى الطبيعة الأخلاقية للصحة. وكما سوف نرى الطريقة التي نفهم بها التضامن في سياق الرعاية الصحية، من الممكن أيضا ربطها بهذه الطبيعة الأخلاقية. انظر:

= M. Buijsen, "De betekenis van solidariteit in de gezondheidszorg", in Martin Buijsen.

هـو مبرر في حد ذاته يكفي لإعطاء الرعاية الصـحية. والاعتراف بالحق في الرعاية الصـحية كحق جوهري من حقوق الإنسـان هو تعبير عن هذه الحقيقة الأساسية. ومن هنا، لكل حسب الاحتياج.

العدالة والإصلاح الصحي

العدالة كما نفهمها في الرعاية الصـحية غير متسـامحة بشـكل ملحوظ. القواعد كما تقوم في معظم المسـتويات الجوهرية، أي تلك القواعد الخاصة بقانون حقوق الإنسان الدولي، لا تترك مساحات أو تترك مساحات قليلة للاستحقاق كمعيار للتوزيع. ويُعد، إدخال هذا المبدأ هو بالضـبط ما يميز برنامج الإصـلاح الصحي لنظم الرعاية الصحية المنفذ في هولندا أثناء السـنوات القليلة الماضـية. لسـوء الحظ -في كل الجدالات- لم يكـن الوعي العام بعدالـة التوزيع يرى فيها أبدا قضـية مهمة بشـكل حقيقي. والقدرة الاقتصـادية للنظام ككل هي التي سادت الجدال. وبالتالي، لم يحدث أبدا بشكل حقيقي أن دارت مناقشات فلسفية وأخلاقية عميقة.

من المحتمل أن الاستقبال الذي نالته خطط دن هارتوغ لخفض وفيات قوائم انتظار زراعة الأعضـاء كان تصويرا لحقيقة الوضـع. وبالطبع، شعر عديدون أن الاقتراح ظالم، ولكن من اسـتطاع تكوين حجج على ظلمه كان قليلا. والرفض السريع للخطة كان أكثر من المتوقع بسـبب حقيقة فكرة نقاط المكافأة الذي صاحبه دفاع عن الموافقة الصـامتة على التبرع بالأعضـاء، الذي افتقد دائما التأييد الجماهيري في هولندا. وفي الجدال السـابق على إدخال "لا مطالبة" في نظام الرعاية الصحية الهولندي ظهر نفس العجز في مناقشة القضايا الأخلاقية.

فكـرة "لا مطالبة" ليسـت فكرة نادرة في "مجـال" التأمين على السـيارات. فهي

etal. (eds) Marktwerking v. Solidariteit. Op zoek naar nieuwe evenwichten in de publieke= dienstverlening, (Nijmegen: Valkhofpers 2007), p.65-98.

تعني ببســاطة لو أنك لم تتسبب في حادثة لسيارتك فأنت تستحق خصما على ثمن تأمين سـيارتك. ويمثل هذا الشــرط السياســي معنى تاما في بزنس التأمين على السيارات، ولكــن هل من الممكن اعتبار نفس السياســة مجرد تدبير يخـدم أغراض احتواء التكلفة في الرعاية الصحية؟ ولسوف يرى العديدون المريض بشكل مزمن وصاحب الإعاقة يتعرضــان للتمييز ضدهما بشكل غير عادل، ولكن السـؤال الجوهري: ما العدل في الرعاية الصحية؟ هل من الممكن رؤية الصحة بوصفها شيئا مُستحَقا؟ وألا يمكن النظر بنفس الطريقة للبحث عن المســاعدة الطبية؟ كل هذه الأسـئلة الجوهرية لم تثار أبدا عن حق. وفي جميع الأحوال، لم يسـبب الجدل حول الموضوع في تضخم الأيديولوجية والتقنيات[٢٤].

يعرضــ الجــدل حول فكــرة "لا مطالبة" أيضـــا نقصـــا يثيــر القلق في الحساســية الأخلاقية. الســهولة التي تتم بها المقارنة مع الأجزاء الأخرى من الاقتصاد أمر يسبب الصــدمة. فعدم القدرة على رؤية التميّز المعياري للرعاية الصحية أصبح نمطا للجدل الذي يسـبق أكثر أنواع إصــلاح نظام الرعاية الصحية الهولندي جوهرية. منذ الأول من يناير ٢٠٠٦، تقوم شركات تأمين صحي هادفة للربح متنافسة بتشغيل نظام الرعاية الصــحية الهولندي، مع فتح أسواق تأمين الرعاية الصحية وأسواق التعاقد في الرعاية الصــحية وذلك ميــدان للتنافس. ورغم أن المطلــوب قانونا من كل شــركة تأمين أن تمنح نفس السياســة الأساسية لتأمين الرعاية الصحية، فإن منطق النظام الجديد يطالب الشركات بأن تختلف بعضها عن بعض. سوف ينتج عن التعاقدات الأفضل مع مقدمي الرعاية الصــحية نصيبا أوسع لسوق التأمين الصحي، لذلك من مصلحة هذه الشركات أن تتفاوضــ حــول أولويات علاج زبائنها. ولســوء الحــظ، كما بدأنــا نرى، تميل المستشـفيات بشكل خاص للتغلب على المعارضات الأخلاقية عندما تُمنَح مكافآت مالية كافية. سوف تميز المستشفيات التي تعمل وفق هذه التعاقدات بشكل ظالم بين المرضى

(24) On January 1st 2008 the rules concerning no claim were retracted.

المحتاجين لنفس الرعاية الأساسـية. فمن يحمل التعاقد الصـحيح سوف يجد المساعدة بشـكل أسرع، حتى ولو كان مريض آخر لديه بالضبط نفس الحاجة وأنفق وقتا أطول في انتظار المساعدة. بكلمات أخرى، جعلوا تخصيص الرعاية الصحية معتمدا -جزئيا على الأقل- على الاسـتحقاق، أي أريحية المريض: قدرته على اختيار سياسة التأمين الصحي الأساسية الصحيحة.

التضامن في الرعاية الصحية

يشير الجدل حول فكرة "لا مطالبة" أيضا إلى معنى "التضامن" في الرعاية الصحية. فالتضامن أيضا مفهوم مثير للمشاكل بالمعنى الفلسفي. ومثل العدالة هو بشكل جوهري محـل نزاع. ومـع ذلك، عند النظر فـي الطريقة التي يسـتخدم بها "التضـامن" هذه الأيام، من الممكن التمييز بين ثلاثة مستويات للمعنى: على المستوى "الوصفي" يشير التضـامن إلى فهم واقعي للاتحاد والالتزام والترحيب اللاحق للمشاركة في المخاطر الموروثة في الوجود الإنساني. وسواء مثل هذا التضامن موجود فعليا في مجتمع ما أم لا، فذلك أمر نستطيع أن نفحصه. وعلى المستوى الثاني، "تضامن" المستوى التحليلي كفكرة أساسـية لنظريات علم الاجتماع في الجدل العلمي حول بِنَى التعايش الإنساني. ومثل هذا المفهوم موجود بشـكل سـائد فـي نظريات ماركـس ودوركهايم وكونت. وبالمرة، كتعبير مصـطلح "التضـامن" لا يمتد عمره إلى ما قبل القرن الثامن عشـر: فهو كفكرة اجتماعية يحاول تقديم إجابات على الأسـئلة التي ولَّدتها الثورة الصـناعية. وأخيرا، على المستوى المعياري، تعمل وظائف فكرة "التضامن" كمعيار للحكم على جودة العلاقات الإنسـانية. وعلى هذا المستوى يصبح التضامن مفهوما أخلاقيا مهمًّا، اجتماعيا وأيضا سياسيا. وهكذا يتعلق التضامن بالتنظيم المؤسسي للمجتمع، ولكن ليس بشكل حصري[٢٥]. إنه المعنى المعياري الذي يحمل أهمية على نحو خاص بالنسبة لنا.

(25) Buijsen, ibid, p. 72.

لا يوجد مثل هذا الأمر كتجريد غير تاريخي لفكرة التضــامن(٢٦). ورغم أن التعبير نفســه ليس بهذا القِدَم، فالفكرة قديمة جدا وليسـت موروثة في تقاليد خاصة(٢٧). وأيضا تتنوع معاني "التضــامن" بالمعنى المعياري. ولكن شيئا ما في جوهر المعنى ينوه عنه الفعل اللاتيني القديم لكلمة solidare ("أن تربط ما بين" إلى جانب "أن تشـفي الجرح") بالطريقة التي كانت تُستخدَم فـي القانون الروماني. كانت كلمـة In solidum تعني أن تضـمن بشـكل أكيد دين الآخر. والآن الفكرة المعيارية في القانون هي ألا تجد نفسـك وحيدا. يشـير بعض الدارسـين إلى أن التعريف يقع بين الحب من ناحية والعدالة من الناحية الأخرى. وأينما يميل التعريف نحو الحب، فيُسـمى إحسانًا (caritas) في التقاليد المسيحية، وتعاطفًا (sympatheia) وحب البشر (filanthropia) في تقاليد السمو الروحاني. وفي نهاية الطرف من ألوان الطيف تشـير الفكرة إلــى العدالة، كما في التوراة مثلاً، حيث تشـير إلى واجب رعايــة اليتامى والغرباء والفقراء. وليس الواجب فقط مسـألة شخصـية أو إحسـانا تطوعيا ولكنه أيضـا "أن تعدل". وهكذا يملي التضامن كما نفهمه اليــوم درجة معينة من القوة الجبرية والقيود. وهكذا يؤدي التضــامن كما نفهمه اليوم إلى اختيارات أخلاقية وسياسـية، لإنفاذ سلوك معين، وخلق شروط مؤسسية وهيكلية لمعاشات التقاعد والتوظيف والأمن الاجتماعي إلخ(٢٨). وللرعاية الصحية أيضا.

ويصبح لغوا فارغا، على الإطلاق، أن تفكر في مفهوم التضامن دون أخذ المحتوى الـذي جلبه أثناء عصـر التنوير في الاعتبار. وحيث تضــامن الأخـوّة (fraternité) هو جزء من الشـعار الشـهير للثورة الفرنسـية [الحرية والإخاء والمسـاواة]. وبمثل هذا أصـبح المعنى علمانيا. والآن في تاريخ الفلسـفة السياسـية والاجتماعية نالت الأخوّة انتباها أقل بقدر كبير عن أفكار الحرية والمسـاواة. وللتفسـير عرضـا، أحيانا يقال إن

---

(26) J. Verstraeten, "Solidariteit in de katholieke traditie", in E. de Jong en M. Buijsen (eds) Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid, (Nijmegen: Valkhof Pers, 2005), p. 27.

(27) Ibidem.

(28) Ibid., p. 29-30

الحرية والمساواة تنتميان إلى نفس المجال[29]. تقع الحرية والمساواة في قلب سياق العلاقات الإنسانية؛ التي تحددها المعاني السامية والقانون، بينما الأخوة ليست كذلك. يقال إن الحرية والمساواة تنتميان إلى "الجزء البارد" من الطيف الأخلاقي: المجال الذي لا يشتبك فيه الناس بعواطفهم مع بعضهم، وربما لا يتوقعون فيه الكثير من بعضهم، والمساحة التي تتضمن الحدود الدنيا من الأخلاقيات التي يمكن ترجمتها إلى قانون إيجابي، وفي إطار التعبيرات القانونية، إلى حقوق مطلبية[30].

يقال إن أفكار الحرية والمساواة والحق والحقوق تقوم على أساس نفس الجنس الإنساني، أي الفرد المستقل ذاتيا والذي يتميز بالجدارة، والذي يحي خطته الخاصة في الحياة ويختار كل شيء بما يرضى ضميره الخاص. بينما الأخوّة لا تناسب منطق الحرية والمساواة والقانون والحقوق، لأنها لا تنتمي إلى العلاقات البعيدة بين أفراد مستقلين يسعون خلف غاياتهم الخاصة، التي تقوم على المصلحة الذاتية. وينتمي التضامن إلى الناس الذين يعتمدون على بعضهم بسبب ضعفهم، والذين يتحملون مسئولية مصير بعضهم. التضامن هو تحالف مع الآخرين، والذي ولّده فهم هشاشة الحياة، والاهتمام المتبادل بهناءة حياتهم. ويقوم التضامن على أساس علم أجناس مختلف بالكامل، وعلى غير منوال الحرية والمساواة، فالتضامن يقوم على أساس أفكار البشر بوصفهم كائنات اجتماعية، ومن حيث الجوهر يقال إن التضامن مع أفكار مثل الحب والرعاية والولاء، إلخ ينتمي إلى "الجزء الدافئ" من الطيف الأخلاقي[31].

بالطبع، ليس هذا صحيحا بأكمله. حيث إن الاستعداد لتحمل مسئولية جزئية عن المخاطر الموروثة في أرواح بشر آخرين. وقد ساهم التضامن بطريقة لا يمكن إنكارها في العلاقات المجتمعية الحالية. وعبر السنوات، الدولة الأم (Rechtstaat) تحولت إلى

(29) K. van der Wal, "Vrijheid, gelijkheid en broederschap?", in K. van der Wal (ed.) Vrijheid, gelijkheid en broederschap? Betekenis en huidige relevantie van het devies van de Franse Revolutie, (Budel: Damon, 2004), p. 9-14.

(30) Ibidem

(31) Ibidem

دولــة الرفــاه (welfare)، التي خرجت مــن رحم فكرة أن الحرية والمســاواة يحتاجان إلــى التضــامن. لا يتطلب تحقيق الذات للكائن الإنســاني الفرد فقط الحقوق السياســية والمدنيــة، ولكن أيضــا الضــمانات الإيجابية؛ مثل معاشــات التقاعــد والتعليم والأمن الاجتماعــي والرعاية الصــحية . . إلخ. بكلمات أخرى، يلائم التضــامن جزئيا منطق الحرية والمساواة والقانون والحقوق ولكنه يناسبهم إلى المدى الذي تشير إليه العدالة.

مــا معنى "التضــامن" في الرعاية الصــحية؟ كما شــاهدنا، فكرة التضــامن ترتبط بشــكل لا يخطئ بفكرة العدالة. وكما شــاهدنا أيضــا العدالة التي تكمن في القواعد التي تحكم القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية تبدو أنها تسير وفق شعار "لكل حسب حاجته (الموضوعية)". ولكن ليست هذه الفكرة عن العدالة التي تجعلنا نرى عدم عدالة فكرة "لا مطالب" في الرعاية الصــحية. وشــعار لكل حســب حاجته ليس سوى جزء من القصــة. فعند وضــع نظم الرعاية الصــحية في الاعتبار نجد أن نظامًا مثل النظام الهولنــدي لا يحتوي على فكرة واحدة لعدالة التوزيع بل على فكرتين. وتعني القواعد المتعلقة بفكرة "لا مطالب" أن المرضى المزمنين والمعوقين لم يستردوا أبدا جزءا من اشــتراكاتهم التأمينية الأولية، حيث إنهم معتمدون دائما على الرعاية الطبية. والآن، القــول بعدم عدالة جعلهم يدفعون أموالا إضــافية زائدة مقابــل رعايتهم طبيا، والقول بأنهــم لا يســتحقون دفع المزيد، هو بالضــبط نفس الشــيء كالقول بأنــه يجب اعتبار الحاجة معيارا لتوزيع كميات الاشــتراكات الأولية للتأمين الصــحي بين المساهمين في النظــام. بكلمات أخرى، حاجة الفرد (الموضــوعية) للرعاية الصــحية هي التي يجب أن تحدد (جزئيا) كمية الاشــتراكات الأولية التي يدفعهــا الفرد. والمطلوب هو توزيع الاشتراكات الأولية للتأمين الصحي بعدالة أيضا، والظاهر أن العدالة في سياق الرعاية الصــحية - بسبب الطبيعة الأخلاقية الخاصة للصــحة[٣٢]- تملي أيضا ألا تلعب الحاجة، حيث إنها المتحكم الكلي من على جانب المنافع في النظام، أي دور على الإطلاق على

(32) See supra note 24

جانب الاشــتراكات الأولية. فترتيبات "لا مطالبــات" ترتيبات غير عادلة لأنها تنتهك هذا المبدأ.

بإلقاء نظرة أقرب، يتكون نظام الرعاية الصحية الهولندي من مجالين للعدالة. لكل حســب حاجته (الموضوعية) من ناحية، ومن كل ليس حسب حاجته (الموضوعية) من الجانب الآخر. بالنســبة لنظم الرعاية الصحية التي على غرار النظام الهولندي الفكرة الأخيرة للعدالة هي شــرط ضــروري للقدرة المتســاوية على الوصــول إلى خدمات الرعاية الصــحية كما يفهمها القانون الدولي (لحقوق الإنسان)[٣٣]. يتصف التضامن في مثل هذه الأنظمة على الأقل بفصــل حازم بين مجالي العدالة[٣٤]. مقترحات الإصــلاح التي تنتهك ذلك الفصل لم تختبر التضامن بالمعنى الصارم للكلمة. فالقانون الذي يربط ما بين الاحتياج الطبي للأفراد باشــتراكات أولية أعلى لا يميّز فقط بين الناس ويظلمهم ولكنــه لا يختبر التضــامن أيضــا. وبالعكس، فالقانــون الذي يكافئ مســلكا معينا على جانب المساهمة ببعض المميزات على حساب المنافع (انظر مخطط نقاط المكافأة الذي يقترحه دن هارتوغ) ينتهك هو أيضــا الفصــل بين مجالي العدالة. مثل هذا القانون هو قانون ظالم ولا يتوافق مع فكرة التضامن كما نرى فهمها في سياق الرعاية الصحية.

ملاحظات ختامية

مفهوما العدالة والتضــامن هما مفهومان متنازعان بشكل جوهري. بحكم التعريف لا فكرة "العدالة" ولا فكرة "التضامن" تمتلك معنى واحدا ثابتا، لذلك يجب على المرء ألا يحكم بعدم إمكانية تغير معناهما في المستقبل، حتى في الرعاية الصحية.

---

(33) M. Buijsen, 'De betekenis van solidariteit in de gezondheidszorg', p. 90-91.

(٣٤) تملي القدرة المتساوية على الوصول للرعاية الصحية أيضا وجود سبل مالية للوصول. التضامن مع أولئك المحتاجين للرعاية الصحية هو ما يبلغه الفصل بين مجالي العدالة. هذا النوع من التضامن ليس نفس ما يشار إليه غالبا كتضامن في المخاطر (أو بالصدفة). من المحتمل أن التضامن مع هؤلاء المحتاجين يتطلب أيضا تضامنا ملموسًا في الدخل.

ورغم ذلك، يجب أن يتذكر المرء أن المفهوم المعاصر للعدالة قد أخذ عقودا حتى يتطور عند الحديث بطريقة قانونية وأخذ آلاف السنين حتى يتطور عند الحديث أخلاقيا. ومرة أخرى تلك أفكار لا تقبل الترضية؛ لا تقبل الترضية بسبب الطريقة التي نعي بها الصحة، وغياب الصحة والحاجة إلى الرعاية الصحية. تمتلك الإصلاحات الأخيرة في نظام الرعاية الصحية الهولندية شيئا واحدا مشتركا: إدخال الاستحقاق (بشكل أو بآخر) كمعيار للتوزيع. وهذا شيء لا يراه العديدون. وليس من المعروف ما إذا كان من الممكن شرح هذه الظاهرة بواسطة التغير الجوهري في وعينا العام بالصحة والمرض. نحن ببساطة لا نعرف بالنسبة لهذه المسألة وذلك لم تتم مناقشته باستفاضة وعمق. هنا أيضا، يفسح التفكير الفلسفي والنقدي الطريق لحديث سطحي عن الإدارة والضحالة الاقتصادية. ولكن يبدو لي أنه حيث توجد أسباب طيبة للتمسك بالمفاهيم الحالية للعدالة والتضامن، – تلك المفاهيم التي سوف تدفع بنا سريعا إلى تبني أفكار أخرى – لا بد أنها سوف تكون أفضل.

الفصل الثالث

التقاضي من أجل الوصول إلى الرعاية الصحية في هولندا: تحديات قانون المعاهدات الدولية

أندريه دِن إكستر (André den Exter)

تضمن تشريعات التأمين الصحي الاجتماعي في هولندا، حق الوصول إلى الرعاية الصحية. لكن النظام الصحي الهولندي شــهد تغييرات مستمرة منذ إنشاء نظام التأمين الصحي الاجتماعي في ســتينيات القرن العشرين. حيث تعرض نظام التأمين الصحي هناك لعديد من الإصلاحات التي غيرت منه تدريجيا، آخرها كان إدخال خطط تنافسية للتأمين الصحي تغطي كل السكان.

ومع ذلك، طريقة تناول كل أشــكال الإصــلاحات التي تمت، استهدفت دائما قضية القدرة على الحصول على خدمات الرعاية الصحية كما يحددها قانون المعاهدات الدولي الذي يشمل قانون الاتحاد الأوروبي[1]. وما يلفت النظر هو قوة قانون المجتمع المحلي فــي تدعيم حــق المريض في الرعاية الصــحية. وحيــث إن محكمة العــدل الأوروبية (ECJ) قد اعترفت بوجوب اعتبار الرعاية الصحية بندا من بنود قانون معاهدات الاتحاد الأوروبي، فقد ارتبط الحق في الرعاية الصــحية بشكل لا ينفصم بمبادئ حرية الحركة ولم يعد مقيدا بتشريعات بلد المنشأ. ومن هذه الزاوية تفحص هذه المقالة موقف القانون الدولي وقانون الاتحاد الأوروبي من المطالبة بالرعاية الصحية في هولندا.

---

(1) E.g., A. P. den Exter and H. E. G. M. Hermans, "The Constitutional Right to Health Care,"European Journal of Health Law 3 (1998), p. 261-290; A. P. den Exter and H. E. G. M. Hermans, eds., The Right to Health Care in Several European Countries (The Hague: Kluwer Law International, 1999); A. P. den Exter, "The Right to Health Care in International Law," in A.P. den Exter and J. Sȷndor (eds.), Frontiers of European Health Law (Rottendam: Erasmus University Press, 2003), p. 12-26; B. C. A. Toebes, The Right to Health as a Human Right in International Law (Antwerp: Intersentia, 1999).

الحصول على الرعاية الصحية في هولندا: الإطار القانوني

يقوم النظام الصحي لشعب هولندا على مبدأ التضامن. هذا التضامن يعني أن كل أعضاء المجتمع الذين يحتاجون للرعاية الصحية يجب أن تتاح لهم القدرة على الوصول إلى تلك الرعاية، بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. فالتضامن ليس فكرة هلامية عن الخير. للتضامن معنى محدد يؤكد على أن نظام الرعاية الصحية ينتظم ويدار على أساس حق الوصول الشامل، دون التعرض لخطر الانتقائية (خدمات ما متاحة للجميع وخدمات أخرى مقيدة)، ويقوم على أساس اشتراكات طبقا للدخل، ودون فروق حقيقية بين حزم المنافع التي يقدمها هذا النظام(٢). يمثل ذلك المبدأ "مفهوم" مكنون لدى الشعب الهولندي في تشريعات قانون التأمين الصحي وتعترف به قرارات الهيئات التشريعية بما فيها محكمة العدل الأوروبية كما وصفنا سابقا.

ونتيجة تحريم السلطة القضائية للمراجعات الدستورية، فالجدل القانوني الذي يدور بين الشعب الهولندي حول الحصول على الرعاية الصحية يبدأ من نقطة المنظور التشريعي للقانون.(٣) وبشكل أكثر تحديدا، يركز هذا الجدل بشكل أولي على قضايا التأمين الصحي – الوصول إلى خطط التأمين الصحي، ومدى حزمة الخدمات المقدمة وطبيعتها، ومعدلات المساهمات، إلخ – لا يعني ذلك أن تقديم الخدمات الصحية لا يتمتع دستوريا بأي أهمية، ولكن بمعايير الرعاية الصحية القانون التشريعي والمقاييس القانونية الدولية هي الحاسمة(٤).

عموما، يُفسر مبدأ الوصول إلى الرعاية الصحية على أنه حق اجتماعي، وهو ما يعني أن السلطة الكفء في هولندا لديها حرية تصرف واسعة في تحديد كيف ومتى

---

(2) A. den Exter and M. Buijsen, "Keuze voor Solidariteit. Kanttekeningen bij het Voorstel Zorgverzekeringswet," ("In Favour of Solidarity," in Dutch) TvGR (Journal of Dutch Health Law) 1 (2005), p. 111-117.

(٣) كاستثناء لهذه القاعدة، ربما تقوم المحاكم بمراجعة دستورية القوانين طبقا لمعايير القانون الدولي والأوروبي

(٤) Den Exter and Hermans, idem، p. 271
طبقا للمادة 22(1) من القانون الأساسي الهولندي سوف تتخذ السلطات الخطوات اللازمة لترقية الصحة العامة. هذه المادة تُفسر عموما "كمجرد" التزام من الحكومة بأن تهتم بإقامة منشآت صحية وتقوم بتيسير الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية.

سـيتم تنفيذ هذا الحق الاجتماعي. بالاستناد إلى مبدأ التضامن ومبدأ المساواة، أصبحت القدرة المتساوية على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية مُتضمنة في قانون التأمين الصـحي الاجتماعي – أي قانون التأمين الصحي الجديد، "Zorgverzekeringswet"– وتمـت صـياغتها في في صـورة اسـتحقاقات للرعاية الصـحية كما تحددهـا القوانين (الثانويـة)(٥). يقدم هـذا القانون نظاما تأمينيا صـحيا إجباريًا لكل السـكان، تقوم على تنفيذه شـركات تأمين (غيـر هادفة للربح). باختصـار، يقدم قانون التأمين الصـحي الجديد للمؤمن عليهم رعاية علاجية أساسية تخضع لاختبارات معايير الفاعلية الأكيدة، والتكلفة مقابل الفاعلية (cost effectiveness)، والحاجة إلى آليات التمويل الجماعي(٦).

في ظل هذا القانون الجديد، قد يرغب المُؤمَّن عليه في سداد نفقات العلاج طبقا لنموذج عيني أو نقدي. ورغم أن كلا النموذجين يضـمن سياسـة تأمينيـة ثابتة، فإن النموذج الأخير يمنح المُؤمَّن عليه حرية اختيار مقدم الخدمة الذي يرغب فيه سواء كانت المنشأة الطبيـة المختـارة متعاقدة مع الصـندوق التأميني أم لا. في حين أنـه في ظل النموذج العيني للتأمين قد يطالب المُؤمَّن عليه بأنواع الرعاية في صـورة اسـتحقاقات أو حزم خدمات يعرضها مقدمو الخدمة الصحية المتعاقدون مع الصندوق التأميني. وهكذا نجد أن حريـة المُؤمَّن عليه في اختيار من يقدم له الخدمة الصـحية مقيدة بالمنشـآت الطبية المتعاقدة مع الصـندوق التأميني فقط. إلا أنه في حالات اسـتثنائية، قد يرغب المُؤمَّن عليه في اللجوء إلى مقدم خدمة غير متعاقد، على سـبيل المثال في حالات وجود قوائم الانتظار الطويلة، وفيها يحصل المُؤمَّن عليه على منحة نقدية، نموذج السداد النقدي. وبسـبب مجموعة قوانيـن محكمة العدل الأوروبيـة، كان من اللازم تحسـين قواعد السـداد النقدي في ظل قانون التأمين الصـحي الجديد (نناقش ذلك بالمزيد أدناه). أحد

---

(٥) بدأ تنفيذ هذا القانون (Zorgverzekeringswet) في الأول من يناير 2006؛ (الجريدة الرسمية للدولة 2005): 358. يوجد ملخص باللغة الإنجليزية لقانون التأمين الصحي الجديد في موقع: http://www.minvws.nl. وتلا هذا القانون، خطة تأمينية شاملة تغطي كل السكان. هذا المخطط اسمه (AWBZ) ويغطي النفقات الطبية الاستثنائية. إذا ما رغب المواطنون فيما هو أكثر من هذين المخططين التأمينيين الإجباريين، توجد خطط تأمينية قطاع خاص.

(٦) تختلف الظروف باختلاف نوع الرعاية العلاجية، وتشمل وصفة الطبيب الممارس العام، والعدد الأقصى لأصناف العقاقير الموصوفة والاعتماد المسبق من قبل الصندوق التأميني.

الأسـباب التي دفعت في اتجاه هذا التحسـين كان الالتزام التشريعي للصندوق التأميني بضمان القدرة على الوصـول إلى الرعاية الطبية في ظل الخطة التأمينية. ويشكل هذا الالتزام جوهر المنافع النوعية (خدمات محددة) لنظام الرعاية الصـحية، تصـبح هيئة التأمين مسـئولة عنه - وفي حالة الإخلال بهذه المسئولية - تصبح الهيئة التأمينية محل مسـاءلة قانونية. لذلك يصـبح مبدأ الإدارة القويمة هو ما تقوم بشـرائه الهيئة التأمينية المقدمـة لحزم الخدمات الصـحية العينية، داخل/أو خارج مجال النشـاط. وفيما عدا الحـالات القهرية، لا يمكن إعفاء الصـندوق التأميني من التزامـه بتوفير القدرة على الوصـول إلى الرعاية الصحية. فلا يستطيع الصـندوق التأميني الدفاع عن نفسه على أسـاس أنه لم يتعاقد بشـكل كاف من أجل تقديـم كل أنواع الخدمة الصـحية، أو أنه لا يخصص تمويلا كافيا؛ للمستشفى المتعاقد معها[٧]. مع ذلك، يستطيع الصندوق التأميني أن يدعي تعرضه لحالة قهرية مثل الطاقة السريرية المحدودة، طبقا للأحكام التنظيمية الحكوميـة، حيـث إن ذلك يعتبر عامـلا خارجيا؛ يتجاوز قدرات الصـندوق التأميني علـى تغييره. ورغم ذلك، مع العلم بإمكانية التعاقد مع منشـآت الرعاية الصـحية في الخارج، مثل هذا الالتماس على الأرجح لن يكون مجديا في المستقبل.

قانون (الأمن الاجتماعي) الدولي

وقع الإطار القانوني للتأمين الصـحي الاجتماعي، بعيدا عن قانون التأمين الصحي القومي، تحت التأثير الشديد لقانون الأمن الاجتماعي الدولي، طبقا للشروط المتضمنة في العديد من الاتفاقات والمعاهدات[٨]. وضـعت المواثيق الدولية مفاهيم المعايير التي يجب أن تضـطلع بها الدول الأعضاء من أجل الوصـول إلى التحقيق الكامل للحق في الرعاية الصحية. تتضمن الصياغة المسـتعملة مسئولية معينة تتحملها الدول فيما يتعلق

---

(7) Appeal court's Hertogenbosch July 2, 1990 (RZA 1990), p. 127.

(8) E.g., International Labour Organisation (ILO) Conventions concerning minimum standards of social security and maternity protection (102 and 103), the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (ICESCR), the Council of Europe's Social Charter (ESC) and the European Code on Social Security. في هذا المقام، أشير إلى مساهمة بول شوكينز، في الفصل الأول.

بتخصيص وتمويل وتقديم الرعاية الصحية، رغم أنه فيما يتعلق بتقديم الرعاية الصحية يتم تفسير الأمر عموما على أنه استحقاقات قانونية غير مُرغِمة في الرعاية الصحية، لذلك يجب تفسير الطموح النبيل في تحقيق قدرة شاملة على الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال سياق هذه المعاهدات، وهي تعني مستوى أساسيا من الرعاية الصحية، تُفسر بشكل يتوافق مع صياغة ومعدلات وطريقة تنفيذ الأعرافِ القانونية والطاقات الاقتصادية في مجتمع معين. في الواقع، الطاقات الاقتصادية الداخلية وعدم شمول شروط هذه المعاهدات الدولية بالنفاذ، كل ذلك يلطف من المعنى الفعلي للحق في الرعاية الصحية وبالتالي في القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

رغم ذلك، زادت في هولندا تدريجيا أهمية المعاهدات الدولية بالنسبة للحقوق الاجتماعية منذ نشأة مفهوم الفعل المباشر "أو فكرة بنود الاتفاقية ذاتية التنفيذ. ففي مناسبات عديدة، قبلت الهيئة القضائية الهولندية بإمكانية أن يمتلك قانون الاتفاقيات الدولية حول الحقوق الاجتماعية أثرا ملزما على كل الأفراد (شروط "الحق العام"(*)) وبعض الحقوق المحدودة (حول قضايا العمل ومنافع الأمن الاجتماعي) التي تخضع للمراجعة القضائية(٩). وعلى نحو خاص، كان الأثر المباشر للاتفاقيات التي تضع القواعد، مثل اتفاقيات منظمة العمل الدولية حول الأمن الاجتماعي، هو ظهور خلافات بسبب المذهب القانوني وأيضا بسبب أحكام المحاكم(١٠).

(*) Erga omnes

(٩) مثلا، الحكم الصادر من المحكمة الهولندية العليا في قضية إضراب السكك الحديدية،
(Hoge Raad, "Spoorwegstakingarrest" 30 mei 1986, NJ 1986, 688; CRvB January 5, 1988 (RSV 1988): 199; HR May 7, 1993, 440 (NJ 1995), p. 259.

(١٠) في الماضي أصدرت المحاكم حكما مختلفا حول ما إذا كانت المعاهدات التي تضع المعايير المسماة بمعاهدات التعليمات هي معاهدات ذاتية التنفيذ. انظر أيضا:
Treaty provisions that are) Een ieder verbindend bepalingen van verdragen , J.W.A Fleuren Den Haag: Boom Juridischeuitgevers, 2004); CRvB April 10, 1991) , (binding on all persons, in Dutch CRvB May 1996 (RZA 1996), p. 134,p 510, CRvB January 24, 2001, AA 9693, (AB 1991. 1996), p. 134

فيما يتعلق بالصحة، نصت أحكام المحكمة الإدارية العليا، ومحكمة الاستئناف المركزية (Centrale Raad van Beroep) على أن اتفاقية منظمة العمل الدولية حول الحدود الدنيا القياسية للأمن الاجتماعي ورعاية الأم تتضمن شروطا ذاتية التنفيذ موجودة بالمعاهدات تستطيع خلق حقوق مباشرة للأفراد، تكون موضوعا للتنفيذ الجبري بواسطة المحاكم(١١). والمعايير الحاسمة سواء كانت معاهدات تضع قواعد أم معاهدات تضع شروطا واجبة التنفيذ من تلقاء ذاتها تنبثق من طبيعتها (الجبرية أو الإرشادية)، ومن مفردات الكلمات المستخدمة في صياغة النص نفسه، لذلك الاستناد إلى الأثر الجبري لاتفاقيات منظمة العمل الدولية حول الأمن الاجتماعي يمد مواطني هولندا بحق محدود للمطالبة بالتنفيذ الإلزامي للحق الاجتماعي في الرعاية الصحية أمام المحاكم الوطنية. وبالعكس، رفضت السلطات القضائية مثل هذه الدعاوى مرارا في حالات مثل الاتفاقية الدولية حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR)، حيث إن شروط هذه الاتفاقية لم تكن دقيقة بشكل كاف، ولأن طبيعتها الإرشادية تمنح الدول هامشا واسعا من التفسير الذاتي لبنودها حتى تحدد الخطوات الضرورية من أجل تحقيق هذه الحقوق(١٢). وحتى الآن، استمرت السلطات القضائية في تبني هذا النمط من الرأي وهي ليست على استعداد لدمج مفهوم "التحقيق التقدمي" للحقوق الاجتماعية، كما اقترحته اللجنة التي وضعت الاتفاقية في تقريرها بعنوان "تعليقات عامة وملاحظات ختامية (حول الصحة)"(١٣).

---

(١١) خلصت محكمة الاستئناف المركزية إلى أن اللوائح التنفيذية القومية مثل لائحة المشاركة في تحمل نفقات خدمات رعاية الأمهات كانت انتهاكا للمادة العاشرة من اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 التي وضعت حدودا دنيا للأمن الاجتماعي (CRvB May 29, 1996, RSV 1997/9). طبقا لحكم المحكمة نص صياغة الحكم استخدم فعل أمر للالتزام بالمعاهدة (شرط ضمان)، وكلمات شروط المعاهدة نفسها تحظر إدخال تدابير للمشاركة في تحمل النفقات. نتيجة لهذا الحكم، ألغت الحكومة الهولندية قرار دفع مساهمات خاصة عند دخول المستشفيات. مؤخرا جدا، أكدت محكمة الاستئناف قوة رجودها التشريعي المباشر في حالة (أجزاء من) قانون الأمن الاجتماعي الأوروبي 1964، انظر: (CRvB 8 September 2006, LJN AY 8221)

(12) CRvB December 17, 1991, RSV 1992/164; CRvB March 31, 1995 (RSV 1996), p. 28; HR 28 April 2000 (NJ 2000), p. 430; HR January 30, 2004 (RvdW 2004), p. 26.

(١٣) مثلا، التعليق العام رقم 3 حول طبيعة التزامات الدول الأطراف (Art. 2(1) of the ICESCR). في UN Doc-

وبديلا عن ذلك ، ربما يستند المواطنون إلى المعاهدة الأوروبية لحقوق الإنسان ، والاتفاقية الأوروبية حول حقوق الإنسان (ECHR) عند إقامة الدعاوى ، من أجل الحصول على إجراءات طبية معينة أو دواء معين/أو تسديد التكاليف . في حالات عديدة -خصوصا- عندما لا تكون هناك تدخلات طبية أو دوائية معينة متضمنة في حزم منافع التأمين الصحي الاجتماعي ، يتم استدعاء بنود من المعاهدة الأوروبية حول حقوق الإنسان من أجل التنفيذ الجبري لمطالبات الرعاية الصحية على أساس البنود المتعلقة بحياة الأسرة أو الحياة الشخصية (المادة الثامنة)(١٤). على سبيل المثال ، حالة نيكي سنتجيس الهولندي ، أحد الفتيان المراهقين ، مصاب بعدة إعاقات ، كتب شكوى بسبب رفض الطلب الذي تقدم به من أجل الحصول على ذراع اصطناعية عالية التكنولوجيا . كتب في شكواه التي تقدم بها : إنه طبقا للمادة الثامنة تلتزم السلطات إيجابيا بتزويده بأجهزة طبية ، وكان دافعه في مناقشته بأن مفهوم الحياة الخاصة ، كما فسرتها المحكمة ، تشمل الأفكار المتعلقة بجودة نوعية الحياة ، بما فيها القدرة الشخصية على إدارة شئون الحياة بشكل مستقل ، والحق في تأسيس وتطوير علاقات بالبشر الآخرين(١٥). دفع سنتجيس بأن العوائق التي تقيده غير مقبولة ، حيث إنه لم يكن أبدا قادرا على أن يتصرف بمفرده وأن حالة الاعتماد الكاملة على الآخرين "تجبره على أن يؤسس ويطور علاقات صداقة بأشخاص قد لا يختارهم لو لم يكن معوقا" . وإذ كان موضوع المادة الثامنة الجوهري هو حماية الفرد من الاقتحام المستبد لحياته ، رأت

E/1991/32, para. 5-، تزعم اللجنة أن: «أي اقتراح بأن بنود الوثيقة المشار إليها لا تتمتع ضمنيا بكونها ذاتية التنفيذ سوف يجعل من الصعب الحفاظ على استمرارها». التعليق العام رقم 14 حول الصحة. الحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. UN Doc. E/C.12/2000/4, para. 30; UN Doc. E/C.12/1/Add.25.

(14) ECrtHR Marzari v. Italy May 4, 1999, App. No. 36448/97; Zehnalovà and Zehnal v. the Czech Republic May 14, 2002, App. No. 38621/97; Sentges v. Netherlands July 8, 2003, App. No. 27677/02.

(١٥) الملاحظة أعلاه رقم 14، تفيد مادة 8 من الاتفاقية بما يلي: ... لكل فرد الحق في احترام حياته ... الخصوصية؛ لن تتدخل السلطات العامة في ممارسة هذا الحق فيما عدا الحالات التي حددها القانون والحالات الضرورية واللازمة في مجتمع ديمقراطي لمصالح الأمن الوطني، أو السلامة العامة أو الرفاهة الاقتصادية للبلاد...

المحكمــة أن هذه المادة قد لا يكمن بهــا التزام إيجابي بالاحترام الفعلــي للحياة العائلية أو الحياة الشخصــية[16]. قد تتصــل هذه الالتزامات بتبني إجراءات مصــممة خصيصا لضــمان وحماية احترام الحياة الخاصــة[17]. لكن حتى تنال التزاما إيجابيا من الدولة، هناك حاجة إلى وجود "صــلة مباشــرة وفورية" بين تلك الإجــراءات التي يطالب بها طالب المســاعدة وحياته الخاصة. وللأسف، تراجعت المحكمة عن تقرير ما إذا كانت مثل هذه الصــلة تقوم أم لا. بدلا من ذلك استخلصــت المحكمــة وعلى وجه خاص في مثل هذه القضــايا التي تشــمل تقدير أولويات الموارد الصحية المحدودة، أن السلطات الوطنية تتمتع بهامش واســع في القدرة على التقدير حيث إنها "في موقع أفضــل لصنع هذه التقديرات أكثر من المحكمة الدولية". ويســمى ذلك أيضا اختبار "التوازن الجيد" للمصــالح المتنافســة بين الفرد والمجتمع ككل، شــاملا تكاليف الرعاية الصــحية. في القضــية الحالية (قضية سنتجيس) اعتبرت المحكمة مسألة توفير ذراع اصطناعية عالية التكنولوجيا تقع داخل هامش تقديرها؛ حيث إن طالب المســاعدة يمتلك حق الوصــول إلى الحزم النمطية للرعاية الصــحية التي يقدمها؛ قانون التأمين الصــحي الســابق، أي كرســي متحرك كهربائي بعصــا تشغيل معدلة. وســوف تنظر المحكمة في التدخل في الأمر فقط في حالة ظهور نتائج غير معقولة بشــكل واضــح. وقد يحدث ذلك - مثلا- إذا ما منعوا عن طالب المســاعدة دواء لازما؛ لإسعاف مريض في حالة حرجة، ومن الممكــن وقتها أن تقوم الدولة بتحمــل تكلفة هذا الدواء. في حالات العلاج أو الذي ينقذ الحياة، يســتطيع المرء أن يقيم مطالبته على أســاس الحق في الحياة، الوارد في المادة الثانية من الاتفاقية[18].

(16) Lopez Ostra v. Spain, judgment on December 9, 1994, Guerra and Others v. Italy,= judgment on February 19, 1998, Botta v. Italy, judgment on February 24, 1998, Reports of Judgments and Decisions 1998-I.

(17) E.g., Stubbings and Others v. the United Kingdom, judgment on October 22, 1996 (Reports 1996-IV): 1505, 62.

(18) انظر (Nitecki v. Poland, judgment on March 21, 2002, App. No. 65653/01 §1)، حيث رأت المحكمة أن: «لا يمكن استبعاد أن التصرفات التي تدل على إغفال السلطات لواجباتها في ميدان السياسة العامة للرعاية

المقاربة البديلة التي تقدمها محكمة حقوق الإنسان قد تكون فعالة، فقط في حالات استثنائية، لكن مع التسليم بالتردد للمفهوم عند القضاء لربط الحق في الرعاية الصحية بحقوق الفرد، وبالحياة نفسها وبالحياة الخصوصية، وباختبارها "للتوازن العادل"، يجعل من الصعب بشدة - إن لم يكن من المستحيل- التنفيذ الجبري لمطالبات الرعاية الصحية. فالادعاء باستحقاقات التأمين الصحي بناء على التشريعات القانونية يوفر علاجا أكثر نجاحا لتحقيق حق المرء في الرعاية الصحية. نتيجة لتأثير محكمة العدل الأوروبية، وسوف نرى أن هذه الدعاوى لا تنحصر في الأراضي الهولندية فقط.

قانون الاتحاد الأوروبي والرعاية الصحية: قانون الصحة العامة

تأسس الاتحاد الأوروبي (المعروف سابقا بالجماعة الأوروبية) مع التصديق على معاهدة ماستريخت (١٩٩٢). ومنذ ماستريخت، تم تحديث معاهدة الاتحاد الأوروبي (EU) بما يسمى معاهدة أمستردام (١٩٩٧)، ولسوف تستبدل بمعاهدة لشبونة (٢٠٠٩)[١٩].

خلقت هذه المعاهدات نظاما قانونيا فريدا وجديدا نستطيع تمييزه عن القانون الدولي التقليدي في محتواه وأدواته ومصادره القانونية[٢٠].

ولأسباب تاريخية، لا يمتلك الاتحاد الأوروبي أهلية عمومية لإصدار لوائح تنظيمية في ميدان الصحة. معاهدة روما الأصلية التي أسست الجماعة الأوروبية لم تتخيل نظاما صحيا "أوروبيا"[٢١]. والسياسة الصحية، وبشكل أبرز قضية الوصول إلى خدمات

الصحية قد تتصل في ظروف معينة بمسئوليتها الواردة في المادة الثانية».

(١٩) معاهدة لشبونة سوف تحل محل معاهدة الاتحاد الأوروبي السابقة التي تضم التعديلات السالفة (EU). سوف تستبدل المعاهدة الجديدة (بما فيها بروتوكول حقوق الإنسان) معاهدة الاتحاد الأوروبي الدستورية التي تعرضت للرفض في الاستفتاء الذي جرى في فرنسا وهولندا.

(20) P. J. G. Kapteyn and P. Verloren van Themaat, 3rd ed., Introduction to the Law of the European Communities (London: Kluwer Law Int., 1998), p. 77, confirmed by the ECJ's landmark case Van Gent en Loos ECR (1963), p. 1.

(21) Treaty establishing the European Community (Amsterdam consolidated version).

ومنشآت الرعاية الصحية، نظمتها الأوامر واللوائح القانونية الداخلية للدول الأعضاء كل بمفرده. قامت جدارة الجماعة الأوروبية فيما يتعلق بالصحة بشكل رئيسي على أساس البنود العامة للمعاهدة للمدى الذي يتعلق بوظائف السوق المشتركة.[٢٢] فقط كانت معاهدة ماستريخت التي أمتلك فيها الاتحاد الأوروبي أهلية فوق قومية لإدارة سياسة صحة عامة للوقاية من الأمراض والتوعية الصحية (مادة ١٢٩ من معاهدة ماستريخت للجماعة الأوروبية). ومهام الصحة العامة التي كانت محل نقاش وأوكلت للاتحاد الأوروبي قيّدها مبدأ التبعية رغم ذلك، إذا ما كانت أهداف العمل المقترح لهذا الحد أو ذاك لا يمكن تحقيقها بشكل كاف بواسطة الدول الأعضاء[٢٣]. وهكذا تقيّد المعاهدة السلطة التشريعية للاتحاد الأوروبي مقابل الصحة.

أدخلت تعديلات أمستردام (١٩٩٧) عدة تغييرات مهمة رغم أن نقص الدقة القانونية في المادة رقم ١٥٢ (٤) (a) ما زال يترك مجالا لتفسيرات شتى[٢٤]. حلت المادة ١٥٢ (EC) من معاهدة أمستردام محل بند الصحة العامة في معاهدة ماستريخت، في المادة رقم ١٢٩. نتيجة لذلك لن يكون الاتحاد الأوروبي مقيدا بعد بتدابير معينة أو بأنشطة معينة، تكون وقائية في طبيعتها[٢٥]. وحيث إن "مثل هذا التصرف سوف يغطي النزاع ضد العقوبات الصحية الكبرى، بترقية البحث... إلى جانب المعلومات الصحية والتعليم الصحي" (القسم رقم ١)، قد يتخذ الاتحاد أيضا خطوات إيجابية من أجل تحسين الصحة العامة. وتتضمن الأنشطة الموسعة في مجال الصحة العامة التي

Official Journal C 325 of December 24, 2002. Hereafter, references to the treaty refer to this version, available at <http://europe.eu.int/eur-lex/lex/en/index.htm>.

(٢٢) من جملة المواد، (articles 94 and 308 EC)، كلا المادتين استهدفت تحقيق السوق المشتركة. نستطيع أن نجد مزيدا من القيود "في التجارة البينية"، في بنود معاهدات أخرى ذات شأن استهدفت حماية صحة وحياة الإنسان، مثلا المادة (EC 30).

(٢٣) ولذلك، من الأفضل أن يتحقق بواسطة الجماعة بسبب درجة أو آثار التصرف المقترح، مادة (5 EC).

(24) H. D. C. Roscam Abbing, "Public Health in the Treaty of Amsterdam," European Journal of Health Law 2 (1998), p. 173.

(25) A. P. van der Mei and L. Waddington, "Public Health and the Treaty of Amsterdam," European Journal of Health Law 2 (1998): 135.

يقـوم بها الاتحاد، من ضـمن جملة أمور، إجراءات لوضـع معايير للجودة وسـلامة الأعضاء والمواد ذات الأصل الإنساني، والدم ومشتقاته، وفي مجال الطب البيطري والمجال الصـحي المتعلق بصـحة النباتات[26]. في القسـم الخامس جاء ذكر أن أعمال الاتحاد في ميدان الصـحة العامة "سـوف تحترم مسـئولية الدول الأعضـاء في تنظيم وتقديم الخدمات الصـحية والرعاية الطبية". يعيد هذا النص التشـديد على تلكؤ الدول الأعضـاء، في توفير كفاءات لتنظيم وتمويل نظم الرعاية الصحية الوطنية لكل منهم. وبالتالي، الدعاوى القضائية التي يقيمها الأفراد من أجل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لا يمكن تأسيسها على المادة ١٥٢.

مبادئ حرية الحركة والرعاية الصحية

رغـم أن السـلطات الوطنية تمتلك نظريا كفاءات حصـرية لتنظيـم وتمويل وتقديم خدمات الرعاية الصـحية، يتأثر هذا التشـريع بالقرارات السياسـية التي تصـدر على المستوى الأوروبي وبمواد قانون الاتحاد الأوروبي الموضوعة من أجل التحقق الفعلي للسوق الداخلي. وطبقا للمادة ١٤(٢) من معاهدة السوق الأوروبي المشتركة، السوق الداخلي "سـوف يتضمن منطقة دون حدود داخلية، تصبح فيها الحركة الحرة للبضائع والأشخاص والخدمات ورأس المال مصونة طبقا للمواد الواردة بهذه المعاهدة". في ظل ظروف معينة، ربما يشـتق مواطنو الاتحاد حقوقا نوعيـة تنبع من بنود "الحركة الحرة". بالنسبة للمرضى، أكثر البنود ذات العلاقة بهم هي الحركة الحرة للأشخاص والخدمات والبضـائع[27]. ومع ذلك، فإن أثر البنود التي تتناول السوق الداخلي على

(26) Article 152(4)(a)(b) EC.

(٢٧) تقع قواعد السوق الأوروبية المشتركة فيما يتعلق بالمنافسة خارج مجال هذا الفصل، حيث إن هذه المبادئ تستمد مرجعيتها من سياق المنافسة بين مقدمي الخدمة الصحية وصناديق التأمين الصحي الاجتماعي. انظر على سبيل المثال:
T. S. Jost, D. Dawson and A. P. den Exter. "The Role of Competition in Health Care: A Western European Perspective" Journal of Health Politics, Policy and Law vol 31, no 3 (2006), pp. 687-703; see also: A.P. den Exter. "Blending Private and Social Health Insurance in the Netherlands: Challenges Posed by the EU" in C.M. Flood, K. Roach and L. Sossin (eds.), Access to Care Access to Justice. The Legal Debate over Private Health Insurance in Canada. (Toronto: University of Toronto Press, 2005), p. 257-277.

القطاع الصحي غير مكتمل ويختلف من بند إلى آخر.

فيما يتعلق بالحركة الحرة للأشخاص، تشمل بنود المعاهدة التي تتناول هذا الجانب الحركـة الحرة "للعمال" (art. 39-42 EC)، وحقوق "التأسـيس" (art. 43-44 EC). تم تدعيم هذه البنود بدورها بتشريعات ثانوية(٢٨). تخول الحركة الحرة للعمال، من ضمن جملة أمور أخرى، الحق في الإقامة في الدول الأعضاء، من أجل التوظف طبقا للبنود التي تحكم توظف مواطني الدولة كما يحددها القانون واللوائح والأعمال الإدارية.

لا تتعلـق بنود الحركة الحـرة فقط بالمهنيين الصـحيين، ولكنها تتناول المرضـى أيضـا. مادة ٢٢ المتعلقة بأحكام التنسـيق ما بين اللوائـح (Regulation 1408/71) في ارتباطهـا بالمـادة ٣٩ (EC)، تخول للعمال العابرين للحدود حق الوصـول إلى نظام الرعاية الصـحية فـي بلد إقامتهم؛ ورعايـة الحالات الطارئة في حالـة الإقامة المؤقتة في الخارج؛ والإذن المسـبق بالرعاية بواسـطة هيئة التأمين التـي تغطي المريض أو بواسطة السلطات الصـحية (الوطنية) المنافسة(٢٩). وحيث إن الحركة الحرة لم تقتصر على "العمال" فقط، يسـتطيع الأقارب والسـياح والشـرائح الأخـرى من المواطنين الأوروبيين أيضا تقديم التماسات للاستفادة من هذا البند. ورغم أن اللائحة ١٤٠٨/٧١ تستهدف التنسيق بين نظم الأمن الاجتماعي المختلفة في الدول الأعضاء، تظل الحركة الحرة للمرضى تبعث على الاختلاف والجدل. والمشكلة الكبرى التي تواجهها البلدان في الرعاية الصـحية عبـر الحدود هي كيف تضـع اللوائح المنظمـة وكيف تمول هذه

---

(٢٨) مثل، تعليمات الاعتراف المتبادل، التي تيسر نظاما عاما للاعتراف بدبلومات بعض التخصصات الصحية النوعية (Directives 89/48/EEC and 92/51/EEC)، ومؤخرا تم استبدالها بتعليمات المؤهلات الأكاديمية الجديدة (2005/36/EC).

(29) Social security co-ordination regulation 1408/71 OJ No. L 149 of July 5, 1971 as amended by Regulation 859/2003 of May 14, 2003 PB No. L 124, 20/5/2003. In the near future Regulation 1408/71 is due to be replaced by Regulation 883/2004 simplifying and modernizing the coordination of social security schemes. Article 91 of the new Regulation provides that Regulation 1408/71 will continue to apply until the entry into force of the implementing regulation. The Commission has put forward a proposal for an implementing measure (COM(2006)16).

الرعاية المتنوعة. تخشى بعض الدول الأعضاء من تدفق سيل من المرضى من تلك الدول الأعضاء التي تفتقد المنشآت الصحية أو/و التي تقدم نوعية سيئة من الرعاية. الأحكام الصادرة من محكمة العدل، التي تبسط حركة المرضى، لم تجد نفعا إلا في تدعيم هذه المخاوف.

أحكام محكمة العدل الأوروبية حول حركة المرضى

يعهدون إلى محكمة العدل الأوروبية (ECJ) من ضمن جملة أمور أخرى، بوضع الأحكام الأولية[٣٠]. بالإشارة إلى أطراف المحاضر الرئيسية أمام المحكمة الوطنية، تصبح محكمة العدل الأوروبية، بواسطة حكم أولي، هي المختصة حصرا للنطق بتفسير مواد المعاهدة، في حالة إذا ما أثير سؤال حول هذا الموضوع. والأمر هكذا، تستطيع المحكمة ترقية الانسجام في تفسير قانون الاتحاد داخل الدول الأعضاء. في عدد واف من الحالات، التجأت الإجراءات القضائية الوطنية حول حركة المرضى إلى سلطة النظر في الدعاوى التي تملكها محكمة العدل الأوروبية[٣١]. في إحدى الحالات النمطية، شكا أحد المُؤمَّن عليهم من أن صندوقه التأميني فرض شرطا مقيدا أو رفض التصديق على أن يتلقى الرعاية الطبية في الخارج، وهكذا يتساءل عن مشروعية اللائحة، التي تتطلب إذنا مسبقا من وجهة نظر الحريات الجوهرية. ومنذ سابقة قضية دكر وكول، تواجه محكمة العدل الأوروبية عددا متزايدا من القضايا

---

(30) Art 234 EC.

(31) Decker v. Caisse de Maladie des Employés Privés C-120/5 (1998) ECR I-1831 and Kohll v. Union des Caisses de Maladie C-158/96 (1998) ECR I-1931.

نقضت محكمة العدل الأوروبية أحكام قضاء لوكسمبورج، الذي قضى بأن سداد نظام التأمين الاجتماعي لتكلفة الخدمات الطبية المقدمة في دولة عضو أخرى – الخاصة بعلاج تقويم الأسنان وتوفير نظارات طبية – مشروطة بموافقة مسبقة. الحكم القضائي لدكر وكول تسبب في بداية عدد من القضايا التي تختصم نظام التأمين الصحي الهولندي، مثل:

Geraerts-Smits/Peerbooms C-157/99 (2001) ECR I-5473 ; Müller-Fauré/Van Riet C-385/99, (2003) ECR I-4409; Van der Duin v Onderlinge Waarborgmaatschappij ANOZ Zorgverzekeringen and Onderlinge Waarborgmaatschappij ANOZ Zorgverzekeringen v Van Wegberg-van Brederode C-156/01 (2003) ECR I-7045, Inizan v. Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine C-56/01, (2003) ECR I-12403; Leichtle C-8/02 (2004), ECR I-2641, Keller C-145/03 (2005), ECR.I-2529; and Watts C-372/04.(2006) ECR I-4325.

التي تفند عدم انسجام نظام التأمين الصحي الاجتماعي الهولندي مع مبادئ الحركة الحرة[٣٢]. في قضية سميتز وبيربومز (Smits & Peerbooms) المشتركة، رفض صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الهولندي تسديد التكاليف التي تحملتها السيدة سميتز مقابل نفقات العلاج متعدد التخصصات الطبية في عيادة ألمانية، متخصصة في مرض الباركينسون (Parkinson's disease). دافعت هيئة التأمين الصحي الاجتماعي من أجل تبرير قرارها بتوافر علاج كافٍ ومرضٍ لمرض الباركينسون في هولندا وأن العلاج النوعي الإكلينيكي المقدم في ألمانيا لا يعطي ميزة إضافية. وهكذا، لم تكن هناك "ضرورة طبية" لإجراء علاج السيدة سميتز في العيادة الألمانية.

في الدعوى الثانية، دخل السيد بيربومز في غيبوبة من جراء حادث على الطريق. تم نقل السيد بيربومز إلى مستشفى في هولندا ومن هناك نُقل وهو في حالة موت سريري إلى عيادة جامعية في أنسبروك بالنمسا، حيث تلقى علاجا نوعيا مكثفا باستخدام محفزات للجهاز العصبي. في هولندا يعتبرون هذه الطريقة العلاجية تجريبية ومن المعتاد استخدامها فقط في ظل ظروف معينة. وبحسب البروتوكولات العلاجية المتبعة في هولندا، بيربومز غير مؤهل لمثل هذا النظام العلاجي التجريبي؛ حيث إن سنه لا يسمح بذلك. وهكذا رفض صندوق الأمراض دفع تكلفة العلاج.

في كلتا الحالتين، التزمت محكمة العدل الأوروبية بمبدأ الإذن المسبق، دون اعتبار لما إذا كانت مثل هذه القاعدة في ظروف هاتين القضيتين بالاسم تشكل مانعا يعيق تقديم الخدمة العلاجية أم لا. وعلى النقيض من حكم قضيتي ديكر وكول (الذي يتعامل مع رعاية غير علاجية في إطار نظام سداد التكلفة)، تتعلق قضية سميتز وبيربومز بالحصول على خدمات الرعاية العلاجية النوعية ولا يتعاقد فيها صندوق المرض، وفي حالة هولندا، تقدم مثل هذه الخدمات على أساس "حزمة منافع"[٣٣].

(32) Smits/Peerbooms; Müller-Fauré/Van Riet; Van der Duin, and Wegberg-van Brederode

(٣٣) في نظام "حزم المنافع"، المؤمن عليه ينتفع فقط بالخدمات المسموح بها قانونا، والمتاحة عند مقدم الخدمة الذي

وافقت المحكمة على أن صندوق المرض يجب ألا يتعرض لتكلفة الخدمات العلاجية في المستشفيات التي لم يتعاقد عليها. إلا أن شرط الإذن المسبق كما تطبقه السلطات في هولندا تعرض للنقد بسبب ما قد يتضمنه من أثر تمييزي.

في هولندا القاعدة القانونية العامة التي يتم تغطية تكلفة نفقات العلاج الطبي في ظلها هي أنه حيث ما يوجد العلاج "من الطبيعي أن تهتم به الدوائر العلمية للمهنة"[٣٤]. ومع ذلك فإن هذا النص قابل لعدد من التفسيرات، خصوصا بناء على ما إذا كانت "طبيعي" هذه هي كذلك في الدوائر العلمية الهولندية –وهو التفسير الضيق الذي فضلته المحكمة الوطنية في هولندا– وعلى العكس من ذلك، قررت محكمة العدل الأوروبية أنه إذا سمحت للعلاج الذي يجري بحكم العادة داخل الحدود الوطنية والآراء العلمية السائدة في الدوائر الطبية الوطنية لتقرير ما هو "الطبيعي" وما هو غير "الطبيعي"، فلن تضمن للمرضى بشكل كاف، لأن بروتوكولات العلاج محل النظر موضوعية وغير تمييزية ومعروفة مقدما ولا تستخدم على نحو اعتباطي. علاوة على ذلك، مثل هذا التركيز على المفاهيم الوطنية لما هو "طبيعي" سوف يجعل على الأرجح مقدم الخدمة الهولندي مفضلا دائما في الواقع العملي[٣٥]. وجدت محكمة العدل الأوروبية أنه إذا ما تم اختبار وتجربة العلاج بشكل كاف بواسطة الدوائر العلمية الطبية الدولية، لن يكون هناك تبرير رفض قاعدة الإذن المسبق. والأكثر، حتى نفي بمعيار "الطبيعي"، الدولة العضو، "يجب أن تأخذ في اعتبارها كل المعلومات المتاحة ذات الصلة، بما فيها، خصوصا، الأدبيات والدراسات العلمية الحالية وآراء الخبراء المجازة وحقيقة أن العلاج المقترح تغطيه أو لا تغطيه صناديق المرض التأمينية في الدولة العضو التي

يتعاقد معه الصندوق التأميني. وهذا يختلف عن نظام سداد التكاليف الذي تسدد فيه هيئة التأمين الصحي تكلفة العلاج للمؤمن عليه. في مثل هذا النموذج لا توجد علاقة تعاقدية بين هيئة التأمين الصحي ومقدم الخدمة.

(34) Based on settled case-law of the Central Appeals Tribunal (CRvB) May 23, 1995 (RZA 1995) No. 126.

(35) Smits/Peerbooms, at para 96.

يقدم العلاج على أراضيها"(٣٦).

من هذه الحالة، أصبح من الواضح أن الدول الأعضاء يجب أن تطبق إجراءات الإذن المسبق باستقامة وأن المريض لا يمكن رفض حقه بشكل متعسف في تلقي الرعاية الصحية خارج البلاد ،أي معاملة دون تمييز، وإجراءات شفافة وآليات للاستئناف). بالنسبة للمرضى المنتفعين بالخدمات النوعية مثل تلك التي يوفرها النظام الصحي في هولندا، يعني الحكم أن من المفروض أن يتلقى هؤلاء المرضى العلاج الطبي من مقدم خدمات صحية أجنبي دون تعاقد التأمين الصحي بنفس السهولة التي يتلقون بها العلاج الطبي من مقدم الخدمة غير المتعاقد في بلد التأمين الصحي. وهكذا، يخلق تفسير محكمة العدل الأوروبية لشروط الإذن المسبق المجتمعي فرصا جديدة لامتداد الوصول إلى الرعاية الصحية في الخارج(٣٧).

لاحقا لقضية سميتز/بيربومز، كان على محكمة العدل الأوروبية أن تصدر حكما في حالتين مماثلتين بشكل أو بآخر في القضية الهولندية المختلطة مولر-فوريه/فان رييت(٣٨).

هنا شددت المحكمة على منطقها السابق حول وجوب وجود إذن مسبق فيما يتعلق بالرعاية العلاجية في المستشفيات على الأقل. ومع ذلك أكدت المحكمة أيضا أن هناك أسبابا عديدة قد تبرر طلب الإذن المسبق؛ حيث إن الصناديق المالية للتأمين الصحي الاجتماعي تقدم نفس المنافع الموجودة في دولة عضو أخرى. هذه الأسباب تتضمن: حماية الصحة العامة إلى القدر الذي تقصد به اتفاقيات النظام ضمان أن هناك خدمة طبية متوازنة عالية الجدوى في المستشفيات المفتوحة للجميع؛ وضمان الاتزان المالي

(36) Ibid, at para 98.

(37) H. A. G. Temmink, "Kroniek van het Europees recht (عمود القانون الأوروبي. بالهولندية)," Nederlands Juristenblad 31 (2001), 1502.

(38) Müller-Fauré, ibid.

لنظام الأمن الاجتماعي؛ وأخيرا، لتمكين سلطات الإدارة من السيطرة على الإنفاق من أجل الخدمات الصحية وتخطيطها.

لاحظت المحكمة مشروعية القلق على تخريب الاتزان المالي لنظام الأمن الاجتماعي بوجه خاص في مقابل الرعاية العلاجية في المستشفيات. في حالة الخدمات العلاجية بالمستشفيات، طبقا لما تقوله المحكمة، من المعروف جيدا أنه لضمان القدرة الكافية على الوصول إلى مدى واسع من خدمات المستشفى ومن أجل احتواء التكاليف، وأنه من المطلوب التخطيط بعناية فيما يتعلق بعدد المستشفيات، وتوزيعها الجغرافي، ونمط تنظيمها الداخلي والتجهيزات المزودة بها[39]. رغم تلك الشروط المرفقة من أجل منح الإذن يجب أن تكون مبررة وأن تفي بمتطلبات التناسب، ومثل هذا المخطط للإذن المسبق يجب أن يكون مؤسسا بالمثل على نظام إجرائي يسير الوصول إليه ومن الممكن اللجوء إلى القضاء لمواجهته بإجراءات قضائية أو شبه قضائية[40].

إلا أنه فيما يتعلق برعاية مرضى العيادات الخارجية – دون إقامة داخلية بالمستشفى – كما هي الحالة في قضية مولر فوريه – أي رعاية الأسنان – لم تقتنع المحكمة بأن إلغاء شرط الإذن المسبق سوف يكون له تأثير مدمر للنظام الصحي. طبقا للمحكمة "لا يوجد دليل يشير إلى أن شطب مطلب الإذن المسبق لهذا النوع من الرعاية سوف يزيد من سفر المرضى إلى البلاد الأخرى بمثل هذه الأعداد الغفيرة، رغم الحواجز اللغوية، والبعد الجغرافي، وتكلفة الإقامة في الخارج ونقص المعلومات حول نوع الرعاية المقدمة هناك، وأن الاتزان المالي لنظام الأمن الاجتماعي سوف يتدهور بشدة"[41]. لذلك، في حالة خدمات غير المستشفيات، لا يوجد مبرر لطلب إذن مسبق عندما يطبق المرء مبدأ حرية الحركة والانتقال.

---

(39) Müller-Fauré, para 77. Müller-Fauré, para 77.

(40) Ibid, para 85.
في ظل اختبار التناسب هذا، إذا ما استطاعت إجراءات أو ترتيبات بديلة لتدخلات غير جراحية أن تؤدي المهمة المطلوبة تحت نفس الظروف، أي تلك التدخلات المُطالَب بها، يجب في هذه الحالة اختيار البدائل غير الجراحية.

(41) Ibid, para 95.

رغم اعتبار قضـية مولر-فوريه/ فـان رييت الأخيرة في سلسـلة الأحكام العابرة للحدود، القواعد الجديدة التي أقرتها المحكمة حول أوجه الإنفاق المتعلقة بالمستشفيات في البلدان الأعضاء الأخرى – قضية Leichtle– إلى جانب إعادة تسديد نفقات خدمات المستشـفيات فـي البلدان غيـر الأوروبية، قد عمقـت بالمزيد فكـرة حركة المريض وانتقالاتـه – قضـية Keller – وعلاقتها بمسـألة تمويل النظام الصـحي الوطني للنظم الصـحية الأخرى (قضـية Watts)(٤٢). رغم أن هذه القضايا تضـع الأعراف القانونية حـول الرعاية العابرة للحـدود في ألمانيا (Leichtle)، وإسـبانيا (Keller) وفي المملكة المتحدة (Watts)، لكن نتائجها مست كل الدول الأعضاء، وهولندا من بينهم.

في قضـية Leichtle، المسـألة المثارة لم تتعلق إلى حد بعيد باعتماد وتسـديد نفقات منشـآت الرعاية الصحية في الخارج -أي المنتجعات الصـحية- ولكنها تعلقت بقواعد سـداد النفقات الأخـرى المرتبطة بالعلاج في الخـارج -نفقات السـفر، والإقامة في الفنادق إلخ- وحيث إن شـروط تسـديد نفقات هذا النوع من التكلفة اسـتهدفت العلاج خـارج البلاد فقـط -أي زيـادة التوقعات بالنجـاح، والتقاريـر التي يكتبهـا الطبيب المسـئول- تسـتطيع ألمانيا تعطيل وصـول المُؤمَّن عليه إلى مقدمي الرعاية الصـحية بالخـارج، وبالتالي عرقلة الحركة الحرة. من الممكن اعتبار النفقات المتعلقة بالسـفر والإقامة كجزء متمم للرعاية الصحية نفسها.

بعـد كل ذلك وحيث إن العلاج قد يتضـمن المكوث بالمستشـفى، قـد تمتد خدمات الرعاية الصـحية المقدمة لأغراض العلاج لتشمل العلاج بمنتجعات العلاج الطبيعي.

---

(42) Ludwig Leichtle v. Bundesanstalt für Arbeit Case C-8/02 (2004), ECR I-2641, and the Keller case, Keller v. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa), formerly Instituto Nacional de la Salud (Insalud) being discussed by the author in: A. P. den Exter, "Patient Mobility in the European Union: Health Spas in Italy," Croatian Medical Journal 46, no. 2 (2005): 197-200; A. P. den Exter, "The European Court of Justice and the Keller case: A Bridge too Far?" Medicine and Law (2005), and Watts being discussed by Chris Newdick in his contribution "Solidarity, Rights and Social Welfare in the NHS – Resisting the Tide of Bioethics?" (الفصل 4).

ورغم أن نفقات السـفر والضـرائب المفروضة على الزائر ليسـت طبية في طبيعتها، فإنه طبقا للمحكمة، هي "متصلـة بالعلاج نفسـه بصـورة لا تنفصـم حيث إن المريض مطلوب منه السـفر والإقامة في منتجعات العلاج الطبيعي فـي إيطاليا"(٤٣). وبالتالي، يجب فحص شـروط مثل هذه النفقات طبقا للمنطق المقبول به سابقا كمبرر لها. إضافة إلى ذلك، هذا يعني أن الإجراءات المتخذة يجب أن تصبح ضرورية وأن الهدف منها لا يمكن الوصول إليه ببديل، يشمل تدخلات جراحية أقل تحت نفس الظروف (اختبار التناسب).

ادعـت السـلطات الألمانيـة أن غيـاب الشـروط محل النزاع سـوف يضـر جديا بالاسـتقرار المالي لنظام الأمن الاجتماعي الألماني إذا لم يكن مصحوبا بتحليل لدرجة ملائمة وتناسـب الإجـراء المقيد. وحيث إن السـلطات الألمانية لم تسـتطع دعم مثل هـذا الادعاء بحجـج وبراهين قوية، لم تأخذ المحكمة بسـبب المصـلحة العامة كمبرر لتقييد حرية حركة المرضـى وانتقالهم، لذلك اسـتحق السيد ليختل تعويضا عن النفقات الإضـافية التي تحملها من أجل زيـارة منتجع العلاج الطبيعي فـي الخارج. والعكس تماما، وهي الحالة التي توضـح فيها دولة من الدول الأعضـاء عدم قدرتها على توفير تدخل يخلو من الناحية الجراحية ومسـاوٍ في فعاليته للإجراء المقترح، أو تدعي ادعاء مسـتندا إلى أسباب قوية للضـرر من عدم الاستقرار المالي للنظام في حالة ما إذا سعى العديد من الناس إلى الحصـول على العلاج من المنتجعات الصحية بالخارج. في هذه الحالة قد تصبح نتيجة هذه القضية مختلفة.

ما أصـبح واضـحا من قضـية ليختل هـو أن القواعـد الوطنية التي تقيـد التعاقد مع المؤسسـات الصـحية في الدولة العضو حصـريا قد أصـبح من المحظور التعامل وفقا لها. ومع ذلك فشـرط أن العلاج يجب تقديمه بواسطة مؤسسة مدرجة بما يسمى قائمة "المنتجعات الصحية المسجلة" لا يمنع بالضرورة الوصول إلى خدمات هذه المنتجعات في دولة عضو أخرى، حيث إن المنطق وراء مثل هذا الإجراء هو ضمان أن صناديق التأمين الصحي تستطيع فحص "جدية" الخدمات التي تقدمها المنتجعات الصحية داخل

(43) Leichtle, para. 35.

البلاد وخارجها(٤٤).

ورغم ذلك لا تزال متطلبات التسجيل تمتلك تأثيرا معرقلا محتملا، يعتمد على موضوعية شروط التسجيل. وأخيرا، تعريف مفردات ما تخوله الخطة الصحية، إلى جانب كمية التمويل المخصصة لسداد النفقات، تحددها أريحية كل دولة عضو نفسها. وقد نتج ذلك عن غياب الكفاءات التي تستطيع صنع الانسجام على مستوى الجماعة الأوروبية في مجال الأمن الاجتماعي.

في قضية "كيلر"، واجهت المحكمة مسألة ما إذا كان من حق مواطني الاتحاد الأوروبي طلب (سداد نفقات) العلاج الطبي خارجه بناء على أحكام وقواعد الأمن الاجتماعي الأوروبي. وبشكل أكثر تخصصا، واجهت المحكمة سؤالا عما إذا كان الإذن المفترض الذي تمنحه السلطات الصحية الإسبانية (Insalud) لإجراء علاج طبي في دولة عضو (ألمانيا)، يجب أن يُفسر كموافقة على إجراء عملية جراحية، مطلوبة من منظور طبيعتها فائقة الدقة ومن وجهة نظر الخبرة التخصصية، لا يمكن إجراؤها إلا في عيادة خاصة بدولة غير عضو (سويسرا). في كلمات أخرى، سواء التزمت السلطات الصحية الإسبانية بالتشخيص واختيار العلاج الذي يقوم به الأطباء المسجلون لدى الهيئات الطبية الألمانية أم لا، وهكذا بالتالي سواء التزمت السلطات الإسبانية بتسديد نفقات علاج كيلر الذي قامت به العيادة السويسرية أم لا.

تشير المحكمة إلى أن الهدف من بند الأمن الاجتماعي القابل للتطبيق ووظيفته، هو المساعدة في تيسير الحركة الحرة للأفراد الذين يغطيهم التأمين الاجتماعي، وفى نفس المدى، بند الخدمات الطبية العابرة للحدود بين الدول الأعضاء على أساس المادة ٢٢ من اللائحة ١٤٠٨/٧١.

إنجاز الهدف المقصود يقوم على أساس المشاركة في تحمل المسئوليات بين المؤسسة المنافسة (السلطات الصحية الأسبانية) ومؤسسة دولة الإقامة العضو (ألمانيا).

(44) Conclusion A-G Ruiz-Jarabo Colomer, Case C-8/02. ECR (2004), supra note 42, para 34.

ولما كانت السلطات الصحية الإسبانية مسئولة عن منح الإذن بتلقي الرعاية الصحية في الخارج، فمسئولية الأطباء الألمان هي تقديم تلك الخدمات طبقا للقانون الألماني الساري. ينبع من تلك القاعدة التي تنص على المسئوليات المشتركة، في ارتباطها مع إجراءات الاتحاد الأوروبي المتعلقة بالاعتراف المتبادل بشهادات الدبلومة التي تشكل المؤهلات الرسمية لممارسي الطب، التزام السلطات الصحية الإسبانية القبول والاعتراف بنتائج واختيارات العلاج الذي يقوم به هؤلاء الأطباء(٤٥). في هذه الحالة الخاصة، أعطت السلطات الصحية الإسبانية الإذن لإجراء جراحة طبية في ألمانيا.

بناء على ذلك، عند الموافقة على تلقي علاج طبي خارج إسبانيا، يكون ذلك مقيدا بنتائج تفيد بضرورة علاج حيوي عاجل بناء على قرار أطباء حاصلين على ترخيص بذلك. وبالمثل، تتقيد السلطات الصحية الإسبانية باختيار العلاج الذي يحدده هؤلاء الأطباء مع الأخذ في الاعتبار ظروف وجود مثل هذا العلاج العاجل فقط خارج الاتحاد الأوروبي.

في ظل هذه الظروف، لم يكن مطلوبا من الآنسة كيلر الرجوع إلى السلطات المختصة في إسبانيا، لتجري فحصا طبيا هناك، ومادام اعتبر الأطباء الألمان أن حالتها الصحية تتطلب علاجا عاجلا. أكثر من ذلك، طلب السلطات الصحية الإسبانية الموافقة المسبقة يعني تحقيرا لقاعدة المسئولية المشتركة المبني عليها قانون الأمن الاجتماعي الأوروبي ومبدأ الاعتراف المتبادل بالمهارات الأكاديمية للأطباء(٤٦).

أما فيما يتعلق بشروط سداد النفقات المرتبطة بالعلاج الطبي في الدول غير الأعضاء، فأشارت المحكمة إلى أحكامها السابقة التي استخلصت فيها؛ أنه من حيث المبدأ يتمتع المُؤمَّن عليه بالمنافع النوعية التي تقدمها الخدمات الصحية في بلد إقامة

(45) Keller, note 42, para. 50.

(46) Ibidem, para. 57.

العضو على حساب السلطات المختصة[٤٧]. وفي هذه القضية بعينها، يعني ذلك أن تكلفة العلاج التي تحملها (ورثة) كيلر يجب سدادها بواسطة السلطات الصحية الإسبانية طبقا لقواعد سداد التكلفة الألمانية. بفعل ذلك، المُؤمَّن عليه الإسباني تلقى العلاج تحت نفس الشروط التي يخضع لها المواطنون داخل ألمانيا. بل ما يجب أن يكون واضحا هو أن العلاج الذي تم هو من بين المنافع التي توفرها تشريعات الدولة العضو المختصة، أي إسبانيا.

من الممكن إضافة قضية كيلر إلى سلسلة من الأحكام الصادرة عن محكمة العدل الأوروبية حول الرعاية الصحية في الخارج. والاختلاف مع الأحكام الأخرى هو أن كيلر طلبت (سداد نفقات) العلاج الطبي خارج الاتحاد الأوروبي، بينما الأحكام السابقة اهتمت بالرعاية الصحية في داخل وخارج دولة عضو أخرى. ما يعطي أهمية لهذه القضية هو التفسير الذي قدمته المحكمة لقانون الأمن الاجتماعي الأوروبي، وبشكل أكثر خصوصية معنى اللائحة ١٤٠٨/٧١ حول التعاون في الأمن الاجتماعي.

ورغم أن المدى الإقليمي لقانون الاتحاد محدود بنطاق الدول الأعضاء التي لا تستبعد تطبيقه عندما يتعلق الأمر بالخدمات المقدمة خارج الاتحاد الأوروبي. وهذا ما جعلت منه محكمة العدل الأوروبية جوهريا أمرا شديد الجلاء. دخلت الحكومة الإسبانية في نزاع حول مثل هذا التفسير الواسع للقانون الأوروبي تحت دعوى أنه عند تقديم العلاج الطبي خارج الاتحاد الأوروبي، لا تعتمد نتائج الإجراء على تفسير قانون الاتحاد، ولكنها أمور متروكة حصريا للقانون الوطني[٤٨]. تجنبت المحكمة هذه الحجة بتقرير أن المعيار الحاسم لتطبيق الأحكام التنفيذية هو أن المُؤمَّن عليه منضم لخطة أمن اجتماعي لدولة من الدول الأعضاء. وحيث إن الآنسة كيلر تنتسب للسلطات الصحية الإسبانية، لذلك فتطبيق قانون الاتحاد على حالتها لا يقبل الشك .

أكثر من ذلك، أسست المحكمة قرارها على قاعدة المسئولية المشتركة بين الدولة

(47) Vanbraekel C-368/98, ECR (2001) I-5363, para 32.

(48) Keller, para. 37.

العضو الأم والدولة العضو مكان الإقامة. ثانيا، نتيجة لنظام الاعتراف المتبادل بالدبلومات الأكاديمية، يستطيع المرء تصور أن الأطباء الألمان مؤهلون ومسموح لهم بالتشخيص واختيار العلاج. وبافتراض تلك الكفاءة لا تمثل أي أهمية حقيقة أن الدولة التي انتقل إليها المريض ليست عضوا في الاتحاد الأوروبي.

وأخيرا، في قضية "واتس"، أكدتَ المحكمة تفسير "التأخير غير الضروري" كما أشير إليه في أحكام قضية "سميتز-بيربومز" وقضية "مولر-فوريه". ومن أجل تحديد ما إذا كان من الواجب الحصول على العلاج دون تأخير "غير ضروري" في الدولة العضو للسكن (المملكة المتحدة)، أصبح مطلوبا من المؤسسات المختصة ليس فقط أن تنظر في كل الظروف الخاصة بكل حالة، بما فيها الوضع الطبي للمريض، ودرجة الألم أو طبيعة العجز الذي يعانيه المريض، ولكن أيضا يجب النظر في تاريخه المرضي. وبالمزيد، لا يمكن للمؤسسة المختصة أن تؤسس قرارها حصريا على وجود قوائم انتظار للمرضى في هذا الإقليم دون أخذ الظروف النوعية في الحسبان لحالة المريض الطبية. وفقط إذا ما كان وقت الانتظار الناشئ عن المستهدفات العامة للخطة الصحية لا يتجاوز زمن انتظار مقبول طبيا، يصبح من المسموح للمؤسسة المختصة أن ترفض منح الإذن. وفي الحالة المعاكسة، سوف تمنح المؤسسة المختصة إذنا بتلقي علاج المستشفيات خارج البلد على حساب نظام دولة الإقامة.

نتائج خطة التأمين الصحي الهولندي

ربما يتساءل المرء عما إذا كان قانون القضايا في المحكمة -خصوصا- الحكم الأخير في قضية "كيلر"، لم يفتح "باب جهنم". هل ستكون النتيجة أن المرضى سيتخلون نهائيا عن نظام التأمين الصحي الاجتماعي ويفككونه، وقد امتلكوا الحق في البحث عن أحسن خدمات الرعاية الصحية في الخارج؟ الإجابة باختصار هي لا؛ لكن ورطة المخططات الصحية في هولندا - وفي باقي البلدان الأوروبية - تصبح ذات مغزى.

أولا: أصبح من الواضح الآن أن الأنشطة الطبية تقع داخل مجال بنود معاهدة السوق الأوروبية حول الحركة الحرة للخدمات، حتى الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفيات. وبناء عليه، لا يمكن استخدام قواعد وأحكام الأمن الاجتماعي الوطنية لاستبعاد تطبيق بنود الحركة الحرة[٤٩]. وهذا ينطبق على مخططات التأمين، مثل تلك المخططات في هولندا، التي تقدم خدمات منافع نوعية، ولكنها تنطبق أيضا على خدمات المستشفى التي يقدمها نظام الخدمات الصحية الوطني مثل ذلك القائم في المملكة المتحدة (قضية واتس). حاولت الحكومة البريطانية ولم تنجح في إعفاء النظام الوطنى للخدمات الصحية من نطاق المادة ٥٠ من معاهدة السوق الأوروبية المشتركة؛ حيث إن هذا النظام يقدم الخدمات مباشرة ولا يقوم بتسديد نفقات تكلفة الخدمات المقدمة. ذكرت محكمة العدل الأوروبية "أن الخدمة الطبية لا تتوقف عند كونها تقديمًا لخدمات حين يُدفع مقابلها بنظام وطني لخدمات صحية أو بواسطة نظام يقدم منافع نوعية"[٥٠].

ثانيا: أوضحت المحكمة مرة أخرى في إحدى المرات أن قانون الاتحاد الأوروبي لا يدمر سلطة الدول الأعضاء في تنظيم أنظمتها للأمن الاجتماعي الخاص بكل منهم[٥١]. في غياب التناغم على مستوى الاتحاد الأوروبي، قد تمرر كل دولة عضو تشريعا يمتلك به المواطنون أولا حقا أو إلزاما بالتغطية التأمينية بمخطط أمن اجتماعي، وثانيا: يحدد شروط التمتع بهذه المنافع التأمينية[٥٢]. وأكثر من ذلك، يمثل تضاربا مع قانون الاتحاد الأوروبي أن تقوم دولة عضو بوضع قائمة سلبية تستبعد فيها عددا معينا من المنتجات لا تقوم بتسديد نفقات تكلفتها، حتى تحقق من وجهة نظرها هدف تقليص التكلفة[٥٣]. يلي ذلك أن قانون الاتحاد الأوروبي لا يستطيع من حيث المبدأ أن يكون له

---

(49) Smits/Peerbooms, para. 54.

(50) Müller-Fauré, para. 103, Watts, para. 89.

(51) Duphar and Others C-238/82 (1984) ECR I-523 para. 16 and Case C-158/96; Kohll, para. 17.

(52) E.g., Kohll para. 18.
في حالة هولندا، طبيعة ومدى الاستحقاقات يحددها مخطط التأمين الاجتماعي الأساسي، وهو قانون التأمين الصحي الجديد (arts. 10 and 11Zvw).

(53) Duphar and Others, para. 16.

تأثير يطالب دولة من الدول الأعضـاء بأن توسع قائمة الخدمات الطبية لتضم خدمات جديدة يدفع مقابلها نظام التأمين الاجتماعي بها[٥٤]. ومع ذلك، يجب على الدولة العضو ألا تغض الطرف عن قانون الاتحاد الأوروبي أثناء ممارسـة سلطتها[٥٥]. وذلك يعني -جوهريا- أن قائمة العلاجات الطبية التأمينية يجب أن توضع طبقا لمعايير موضوعية، معروفة مقدما، دون إشـارة إلى منشأ الخدمة (عدم التمييز). في هولندا، لا يقوم نظام التأمين الصـحي على أساس قائمة مجهزة سلفا لأنواع العلاج التي سيكون الدفع مقابلها مضـمونا؛ بل إن قانون التأمين الصـحي قد اختار "وصفا وظيفيا" للرعاية التي تغطيها حزم التأمين -أي الرعاية الطبية ورعاية الأسنان والرعاية الدوائية- ولما كان القانون يضع المتطلبات القانونية لما تشمله الاستحقاقات، فذلك يعود إلى مقدم الخدمة والصندوق التمويلي للتأمين اللذين يحددان نوع الرعاية المقدمة ومكانها. وبالمزيد، يسـن التشريع قاعدة عامة تفيد بأن الرعاية المقدمة سـوف تحددها أيضـا "حالة علم الطب والممارسـة الطبيـة"[٥٦]. هـذا المعيار الجديد يحل محل "المعيار القياسـي"، الذي كان مسـتخدما في ظل قانون التأمين الصـحي الأسبق. بل إنه حتى في ظل نظام التأمين الصحي الجديد، يرجع الأمر بصورة كبيرة إلى تقدير صناديق التأمين الصحي لاتخاذ قرار أي نوع من أنواع العلاج سوف يلبي ذلك الشرط؛ ومع ذلك عند تطبيق هذا المعيار، يجب أن تفسر الصـناديق التأمينيـة الآن المعيار على أرضـية ما الذي قام علم الطـب الدولي بتجربته واختباره بشـكل كافٍ[٥٧]. وقد يعني ذلك أنه حيثما يجري العلم الدولي تجربة واختبار

---

(54) Smits/Peerbooms, para. 87.

(٥٥) ذلك يعني مثلا يجب عليهم احترام مبادئ المجتمع المحلي الأساسية، ومن ضمنها مبدأ عدم التمييز. (Ferlini v. Centre hospitalier de Luxembourg C-411/98 (2000), ECR I-8081) في هذه الحالة، أصدرت المحكمة حكما بأن تقديم طلبات بواسطة مجموعة من مقدمي الخدمة الصحية، وعلى أساس أحادي- من طرف واحد- إلى مسئولي الاتحاد الأوروبي يحددون فيها رسوما للرعاية الطبية ورعاية الأمومة بالمستشفيات وتكون هذه الأسعار أعلى من تلك المطبقة على المواطنين المقيمين والمساهمين في مخططات الأمن الاجتماعي الوطني، فإن ذلك يمثل تمييزا على أرضية المواطنة الممنوعة في ظل المادة 12 (1) EC في غياب مبررات موضوعية.

(٥٦) معيار "حالة علم الطب والممارسة الطبية" يتبع مبادئ الطب القائم على الدليل العلمي (EBM).
Besluit Zorgverzekeringswet artikel 2.1 sub 2, 28 June 2005.

(٥٧) هذا يعني على سبيل المثال، تضمين الأدلة من التجارب الإكلينيكية العشوائية والمقارنة (randomized

علاج معين بشكل كاف، لا يستطيع الصندوق التأميني رفض التصريح بهذا العلاج على أساس أنه لا يُقدم حاليا في هولندا. السبب الوحيد الذي يمكنه تبرير رفض إعطاء الإذن بهذا العلاج هو "حيثما أمكن الحصول على علاج بنفس الفاعلية أو يساويها، دون أي تأخير لا مبرر له" عند مقدم الخدمة المتعاقد مع التأمين، بافتراض الحاجة إلى الحفاظ على استمرار تدفق رعاية المستشفى وضمان الاستقرار المالي لنظام التأمين الصحي(٥٨). ويجب ملاحظة أنه عند تحديد إذا ما كان "من الممكن الحصول على علاج بنفس الفاعلية أو ما يساويها، دون أي تأخير لا مبرر له"، فحقيقة أن الشخص موجود على قائمة انتظار لا تعني بالضرورة أن العلاج غير متوفر(٥٩).

كذلك، يجب تعريف "تأخير لا مبرر له" بأنه الفترة التي يصبح خلالها العلاج ضروريا فيما يتعلق بحالة المريض الطبية وتاريخه المرضي. وأكثر من ذلك، هذه الدول الأعضاء مثل هولندا، التي تستخدم "المعيار القياسي" في تحديد استحقاقات التغطية لن يكون مطلوبا منها السماح لمواطنيها بالحصول على العلاج في أي مستشفى، وفي أي بلد من بلدان الاتحاد الأوروبي إذا لم يكن العلاج مقبولاً في الدوائر الطبية الدولية، وأيضا إذا لم يكن العلاج متوفرا بشكل كاف في البلد الأم (معيار الضرورة الطبية)(٦٠).

ثالثا: من حق المرضى الآن البحث في الخارج عن الخدمات الصحية غير الخدمات التي تقدمها المستشفيات، إذا ما كانت هذه الخدمات غير موجودة في البلد الأم، أو إذا لم يكن من الممكن حصولهم عليها داخل بلادهم خلال فترة زمنية مناسبة (Müller-Fauré/Van Riet). إلا أن المرء يجب أن يضع في حسبانه أنه دون إذن مسبق، لا تلتزم

controlled) أي دراسات المرحلة الثالثة.

(58) Smits/Peerbooms, para. 103.

(٥٩) هنا، تشير محكمة الاستئناف المركزية إلى معايير قياسية، أي ما يسمى بـ (Treek-normen)، الذي يحدد أقصى وقت انتظار مقبول لإجراء تدخل طبي نوعي. الفكرة الأساسية هي أن المستشفيات لأسباب تتعلق بالتخطيط والكفاءة، تحتاج إلى وقت انتظار معين (CRvB June 18, 2004, para. 92. Also, CRvB June 18, 2004, USZ 2004/277). فأحد عشر شهرا كوقت انتظار من أجل إجراء عملية استبدال مفصل الفخذ لا يعتبر "توقيتا مناسبا".

(60) CRvB 5 November 2003, USZ 2004/17; CRvB July 20, 2004 identical treatment timely available.

صناديق التأمين إلا بسداد النفقات كاملا، حتى أقصى مقدار من النقود مطبق في بلد الإقامة. لهذا السبب، لم تعتبر المحكمة أن إلغاء الشرط الإداري للإذن المسبق يصبح تهديدا خطيرا للتوازن المالي لنظام الأمن الاجتماعي، بما أن هذا النظام يجب أن يتحمل تكلفة العلاج في البلد الأم للمريض على أية حال. المرضى الذين يبحثون داخل الأمم الأوروبية الأخرى عن أنواع الرعاية غير تلك التي تقدمها المستشفيات، دون إذن مسبق، يجب أن يتحملوا أي تكاليف إضافية تتجاوز مستوى التعريفات والرسوم المفروضة على تلك الخدمات داخل بلدهم نفسه.

رابعا: كما ذكرنا أعلاه، الاهتمام الجماهيري الأوسع في الحفاظ على نظام تأمين اجتماعي مستديم قد يكون مقبولا به كموانع مبررة تعوق حرية توفير خدمات طبية في سياق البنية التحتية للمستشفيات(٦١). يتطلب الأمر من الدول الأعضاء أن تحدد ما إذا كانت قوانينها ولوائحها الوطنية في هذا المقام تستطيع أن تكون مبررة بشكل مشروع في ضوء مثل هذه الأسباب المتراكبة. في تطابق مع السوابق القضائية المستقرة، من الضروري ضمان أنهم لا يتجاوزون ما هو ضروري موضوعيا لتحقيق هذا الغرض المعين وأن نفس النتيجة لن يمكن الحصول عليها بواسطة قواعد أقل صرامة. وكما تحدد في قضية " Müller-Fauré/Van Riet " وقضية "Watts"، هذه المتطلبات تنطبق بغض النظر عن نوع أو طبيعة نظام الرعاية الصحية (أي سواء كان نظام تأمين اجتماعي كما في هولندا أم نظام خدمات صحية وطنية كما في المملكة المتحدة)(٦٢).

خامسا: تترك أحكام محكمة العدل الأوروبية المتنوعة مسائل دون إجابات خصوصا مع العلم بأن الفروق بين الرعاية داخل المستشفى -إقامة المريض- والرعاية خارجها -عيادات خارجية- لم تكن دائما على هذه الدرجة من الوضوح(٦٣). على سبيل المثال،

---

(61) Kohll, para. 41; Müller-Fauré/Van Riet, para. 72.

(62) Müller-Fauré and Watts.

(٦٣) كقاعدة عامة، قرر مجلس إدارة تأمين الرعاية الصحية (CVZ) أن رعاية المستشفى تشترط دخول وإقامة يوم واحد على الأقل بمنشأة المستشفى. Letter no 03/35, June 25, 2003.

ربمــا يتم تقديم بعض الخدمات الجراحية في مستشــفى أو في عيادة خارجية. أكثر من ذلك ، بعض أنواع الرعاية المعينة تقدم جزئيا فقط داخل المستشــفى ، أي علاج داخل المستشــفى ممزوج بالتردد على عيادة خارجية. الخلاف حول طبيعة الرعاية المقدمة قد يثير شــكوكا قانونية بين المُؤمَّن عليهم ويتســبب في زيادة اللجوء إلى التقاضي. من الضــروري أن يدرك المرضــى على نحو خاص إذا ما كانت الخدمات المقدمة يمكن تصــنيفها كخدمات مستشفى أم لا. في مثل هذه الحالة إذا لم يحصل المريض على إذن مســبق قبل تلقي العلاج في دولة عضــو أخرى ، فمن ثم ربما يرفض التأمين الصــحي سـداد النفقات التــي تكلفها المريض أو المريضــة(٦٤). أكدت محكمــة العدل الأوروبية في حكم ســابق الرابطة بين ضــرورة وجود إذن مسبق ودخول المستشفى لتنتهي بأنه حيثما يتضــمن "علاج الألم متعدد التخصصات الذي يتصــوره المدعي بالحق [. . .] دخولا وإقامة بالمستشــفى ، فمن ثم يحتم ذلك حصــول المريض على إذن مسبق"(٦٥). وعلى النقيض ، انتهت محكمة مقاطعة ماســتريخت إلى أن نوعا مخصوصا من العلاج الطبيعي ، يتطلب إقامة بالمستشــفى ، يجب اعتباره نوعا من أنواع رعاية المستشــفى ، ورغم أنه عموما يندرج كنوع من الرعاية خارج المستشفى(٦٦).

تظهر هــذه الحالات المتعارضــة أن الســؤال الصــعب فيما هي رعاية المستشــفى (Hospital Care) ورعاية خارج المستشفى (out-patient care) هو سؤال حاسم لتحديد ما إذا كان الإذن المسبق مطلوبا وبالتالي هل سوف يسترد المريض النفقات التي تكبدها في علاجه الذي جرى في بلدة عضو أخرى أم لا. إلا أنه في بعض الحالات ، ربما لا

(٦٤) وهو الرأي الذي اقترحه أيضا المحامي العام كولومر في قضية سميتس/بيربومز، فقرة 61. مخاطر رفض استرداد هي أيضا قائمة في حالة إذا ما كان علاجا خارج المستشفى ومع ذلك هو يتطلب دخولا وإقامة بالمستشفى، مثلا، نتيجة لوجود مضاعفات طبية. في مثل هذه الحالة، مع غياب الإذن المسبق، لن تسترد تكلفة دخول وإقامة المستشفى إلى جانب العلاج الخارجي.

(65) Inizan v. Caisse Primaire d' Assurance Maladie des Hauts-de-Seine C-56/01(2003) E.C.R. I- 12403 at para. 55.

(66) Maastricht District Court, September 26, 2003, AL 3183, the Netherlands

تجـد رأيا عاما خطأ له قوة القانــون (communis opinio) بين أرباب مهنة الطب حول مـا إذا كانت الإقامة بالمستشـفى لازمــة أم لا. في تلك الحالة، قد يتعرض المرضــى لقـدر كبير مـن المخاطرة المالية إذا ما سـعوا إلـى اختيارات العـلاج البديل في دول أعضــاء أخرى دون إذن مسبق. مســألة الإقامة بالمستشفى، من الناحية المنطقية على الأقل، يجب أن تُفسر لمصلحة المريض -بالتعارض مع السلطات الوطنية-، بما يعني أن مـكان العلاج الفعلي يجب أن يكون حاســما في تفسـير إذا مـا كان مطلوبا الإقامة بالمستشفى أم لا[٦٧]. أي تفسير آخر قد يخلق حافزا فاسدا لدى صناديق التأمين الصحي لتنظيم الرعاية خارج المستشفى في مجال المستشفيات لأسباب انتهازية صرف[٦٨].

سادســا وأخيرا: بناء على التفســير المكثف للمحكمة لبند حركة المريض الوارد في حكم قضــية "كيلر"، وفــي الحالات الاســتثنائية، من الممكن إجبار صــناديق التأمين الصــحي على إعادة ســداد تكلفة العلاج المنظم في بلد خارج الاتحــاد الأوروبي. إلا أنه، كحكم محكمة، العلاج المقدم يجب أن يعترف به قانون دولة الإقامة العضو.

ومجملا، فإن قرارات المحكمة في قضية حركة المريض ساهمت بشكل ملموس في تطوير مجموعة من حقوق الحصول على الرعاية الصحية، إلا أن المرء قد يتساءل إذا ما كانت المحكمة قد قطعت شوطا بعيدا في ميدان معركة الرعاية عابرة الحدود أم لا. وعلى النقيض من خبرة المارشال مونتجومري مع أكثر الكوارث درامية في الحرب العالمية الثانية، عملية ماركت جاردن عند جسر ارنهم نجحت المحكمة في تحقيق ثغرة فــي خطوط دفاع هولندا والبلدان الأوروبية العضــو الأخــرى للأمن الاجتماعي[٦٩].

---

(٦٧) انظر أيضا:
G. Davies, "Health and Efficiency: Community Law and National Health Systems in the Light of Müller-Fauré," Modern Law Review 67, no. 1 (2004), p. 103.

(٦٨) استخدمت المحكمة تفسيرا مماثلا – mutatis mutandis- في قضية "Vanbraekel"، ملحوظة 47، عندما حكمت بأن مستوى سداد نفقات خدمات المستشفى الأجنبي يجب أن تكون مساوية لنفقات إجراء نفس الخدمات في بلد الإقامة.

(٦٩) استهدفت عملية ماركت جاردن عبور جسر ارنهم، بالقرب من الحدود الألمانية، من أجل المسير إلى برلين.

بداية من الحكم الصادر في قضية "Decker and Kohll" ، مزيد من السوابق القضائية وسعت من اختيارات المريض في تلقي الرعاية الصحية بالخارج وبسّطت من الشروط اللازمة لذلك، وفي نفس الوقت، أخذت في حسبانها المصلحة العامة. وفي هذا المقام، لم تكن قضية "Watts" بالتحديد آخر المعارك في هذا الميدان. بتدعيم حقوق المرضى، لا يوجد جسر بعيد جدا. أكد الاقتراح الأخير للمفوضية أهمية دور محكمة العدل الأوروبية في قضايا حرية انتقال المريض في وضع اللوائح التنظيمية لحركة المريض في شكل إطار عمل توجيهي. ومع ذلك، نتيجة للاختلافات الداخلية بين أعضاء المفوضية والنقد الشديد الموجه من بعض أعضاء البرلمان الأوروبي، تم وضع الاقتراح الذي أثار الجدل على الرف. كان من المتوقع -بمفردات توافقية- أن يضع إطار العمل التوجيهي هذا قواعد واضحة على أساسها تتحمل المؤسسة مسئولية تغطية نفقات العلاج العابر للحدود وتضمن جودته.

الاهتمامات القانونية الدولية

رغم أن قانون التأمين الصحي الجديد (Zorgverzekeringswet) قد استلهم – لحدود معينة– كلا من القانون الدولي والقانون الأوروبي، فقد شكك النقاد في انسجام هذا القانون مع قانون المعاهدات(٧٠). تركز الجدل إلى حد بعيد وبشكل أولي حول الدور الجديد لكيانات التأمين الصحي عند إدخال جرعة من التنافس في علاقة التأمين الصحي بقانون الاتحاد الأوروبي.

لسوء الحظ تم إنزال جنود المظلات البريطانيين خلف خطوط العدو، ولم تستطع قوات الحلفاء تحريرهم لاحتلال الجيش الألماني هذا الجسر الذي يعبر نهر الراين. وألهمت هذه المعركة التاريخية صناع الأفلام في هوليود لينتجوا فيلما أسموه "A bridge too far".

(70) E.g., A. P. den Exter, "De Europese kwetsbaarheid van de Zorgverzekeringswet (EU legal implications of the new Health Insurance Act)," NJB, Dutch Law Journal 2 (2005), p. 87-93; see also, A. P. den Exter (ed.), Competitive Social Health Insurance; Yearbook 2004 (Rotterdam: Erasmus University Press, 2005); and: "De Zorgverzekeringswet en GATS: een controverse?"In E. Ten Napel en A. Hendriks (eds.), De veellagige rechtsorde (The Haque: Kluwer Law International, 2007), p. 95-106.

ومـع ذلـك قليل من الانتباه يتوجـه للعواقب القانونية الدولية التـي تنتج عن إدخال تدابير للمشـاركة فـي التكلفـة (cost-sharing)، مثل إجراء عدم المطالبـة برد المبالغ المدفوعة (الذي تم سـحبه فيما بعد) والمشـاركة الإجبارية في الدفع. ورغم أن تدابير المشـاركة فـي التكلفة قد تنجح في تحقيـق الهدف لتخفيض التكلفة، ربما تنشـأ عواقب خطيرة تضر ببعض شـرائح المرضى ،أي: مرضى الأمراض المزمنة، ومحدودي الدخل.

القاعـدة تقول: إنه يجب تصـميم إجراءات المشـاركة في التكلفـة (cost-sharing) بصورة تتجنب المصاعب التي تصاحبها، ولكن عند النظر في قدر المشاركة في الدفع (co-payment)، مـع القـدر المطروح من الاشـتراكات الأوليـة الثابتة، هناك خطر جدي بأن تتجاوز التكاليف الكلية النسـبة المعينة المحسوبة في قانون الأمن الاجتماعي الأوروبي -بعد مراجعته- ولذلك يحدث انتهاك لفقرة المعاناة في المعاهدة(٧١). بطريقة ما قد يعيد التاريخ نفسـه مع الأخذ في الاعتبار أحكام محكمة الاستئناف المركزية التي تمنع المشاركة في الدفع بالنسبة لخدمات رعاية الأمومة(٧٢).

من الممكن اعتبار فقرة المعاناة معادلا للقانون الأوروبي لشـرط "تجميد الوضـع على ما هو عليه"، كما هو معروف في قانون المعاهدات الدولي. وقد تم تعريف فقرة "تجميد الوضـع على ما هو عليه" فـي العهد الدولي للحقوق الاقتصـادية والاجتماعية

---

(٧١) في ظل فقرة المصاعب، تدابير المشاركة في تحمل النفقات محدودة بمستوى معين. في هذا المقام انظر القرارات الصادرة عن مجلس وزراء المجلس الأوروبي، التي تعتبر تدابير المشاركة في تحمل النفقات غير متوافقة مع القانون الأوروبي (الجزء الرابع):

(٧٢) See also, M. W. Wetters-Bronsgeest. "Eigen bijdragen aan een zijden draadje? (Own payments by a threat, in Dutch)," Rechtspraak Zorgverzekering, RZA (2004), p. 979-980.
يناظر القانون الأوروبي اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102، ولكنه يتنبأ بالمشاركة في الدفع (تعظيم مقدارها) ولكنه يتجنب المعاناة. في هذا المقام، انظر أيضا الحكم (CRvB). ورغم إن هذا الحكم يضع في حسبانه اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 (سحبته الحكومة الهولندية توا)، فقد قرر في منطوقه أن المشاركة في الدفع هو انتهاك للقانون الأوروبي (الجزء الرابع).

والثقافية (ICESCR)، كالتالي: "أي إجراء يحمل تراجعا مقصودا يجب أن يكون محل نظر، بأقصى قدر من الحرص ويجب أن يكون مبررا بالكامل بواسطة الرجوع إلى المجموع الكلي للحقوق التي يمنحها العهد وفي سياق الاستخدام الكامل لأقصى الموارد المتاحة".[٧٣] ورغم أن فقرة "تجميد الوضع" ليست مطلقة، يفسرها حزب الدولة كالتالي، "هناك افتراض قوي بحظر أي إجراء تراجعي"[٧٤]. وفي هذا المقام أيضا، الإجراء التراجعي هو ترتيب ما مثل المشاركة في الدفع، ويصبح محل تساؤل شديد، ومن الممكن فقط تبريره بوسائل مثل تقديم "إعفاءات الرعاية الصحية" في نفس التوقيت مع قانون التأمين الصحي الهولندي الجديد (Zorgverzekeringswet).[٧٥] ولكن في حالة إذا ما كانت مثل هذه المنحة تبدو غير كافية، ويعرقل العبء المالي فعالية الحماية الطبية للأشخاص الأكثر عرضة للخطر، يصحو الحظر المفروض على تدابير المشاركة في تحمل التكلفة من جديد، لأن ذلك يجسد انتهاكا لجوهر التزام المعاهدة[٧٦]. سواء قبلت أو لم تقبل السلطات القضائية منطق المعاناة أو تجميد الوضع على مثل هذه الصورة فذلك أمر سوف نراه. قبل كل شيء، يتطلب الأمر دليلا قويا على الآثار التراجعية للقانون الجديد.

---

(73) UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment no. 3, at 9. The nature of State parties obligations, Art. 2(1) UN Doc. E/1991/23 Fifth session, 1990.

(74) General Comment no. 14. The right to the highest attainable standard of health (Art. 12, par. 1), UN Doc. E/C12/2000/4 (Twenty second session, 2000): at 32.

(٧٥) في ظل نظام التأمين الصحي الجديد، يدفع المؤمن عليه اشتراكا تأمينيا اسميا لشركة التأمين. وحتى نحافظ على نظام التأمين الصحي مقبولا ماليا، ومن الممكن تحمله ماليا بالنسبة للجميع، تقرر منح نسبة "خصم للرعاية الصحية". ولكن ذلك الخصم لا يعوض تكلفة الاشتراك الأولي كليا.

(٧٦) Concluding Observations Iraq UN Doc. E/1998/22, at 253,
في هذه الوثيقة خلصت لجنة الأمم المتحدة إلى أن العقوبات الاقتصادية المفروضة بواسطة الأمم المتحدة على العراق لا تبرر فرض تدابير ارتجاعية ضد التزام العراق نحو المعاهدة لضمان وصول الطعام والدواء إلى مستحقيه. ورغم أن فقرة "تجميد الوضع" ليست مطلقة انظر: M. M. Sepúlveda Carmona, "The Obligations of the State under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights." (Utrecht University diss., 2002), p. 348-349

ملاحظات ختامية

من الواضح أن القانون الدولي شامل قانون الاتحاد الأوروبي، ويمتلك نفوذا ذا شأن على ضمان الوصول إلى الرعاية الصحية في هولندا. تضع الأعراف القانونية الدولية إطار المفاهيم لمضمون الحق في الرعاية الصحية، في حين تؤكد السلطة القضائية سلطة التنفيذ الجبرية لمثل هذا الحق بمعايير استحقاقات المنافع. وأكثر من ذلك، محكمة العدل الأوروبية، بأحكامها في حق انتقال وحركة المريض قد وسعت معنى مثل هذا الحق، في هولندا وفي الخارج.

إلا أن هناك أسبابا أخرى تجعلنا نهتم. حق الوصول إلى الرعاية الصحية، وهو في هولندا معناه عموما الحق في الأمن الاجتماعي، يقوم على أساس مفهوم التضامن والمساواة. إدخال تدابير المشاركة في التكلفة، مع قانون التأمين الصحي الجديد، وهي التدابير التي قد تؤثر على الأشخاص الأكثر عرضة للخطر بشكل غير متناسب، وهو تغيير ينشأ نحو فكرة أكثر تقييدا للتضامن. ورغم ادعاء الحكومة أن قانون التأمين الصحي الجديد لا يبدل من طبيعة مخطط التأمين الصحي الاجتماعي، طبيعة سوق التأمين ومقدمي الخدمة التنافسية والباحثة عن الربح، أو ازدياد عناصر الرأسمال -أي، المشاركة في الدفع، اعتبارات حسابات الادخار للرعاية الطبية، ... إلخ- بينما الشواهد تدل على شيء آخر.

يعكس ذلك انحرافا تدريجيا من التأمين الاجتماعي نحو تأمين أكثر مباشرة يبدو من الصعب مقارنته بمفهوم التضامن، على الأقل بمعايير القانون الدولي والأوروبي. زيادة التحول الليبرالي لسوق الصحة (التأمين) يتحدى استقلال البلاد الذاتي لتحديد الاستحقاقات، إضافة إلى وضع الشروط التي تقيد القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية. والإشارة ببساطة إلى الفقرة التي تتحدث عن الاستقرار المالي لن تكون كافية لإقناع السلطات القضائية بأهمية التدابير المقيدة لقدرة الوصول إلى الرعاية الصحية. والأمر هكذا، يتحدى قانون المعاهدات الدولي الاستدامة المستقبلية للنظام وذلك، للمفارقة، قد يؤدي إلى تخفيض نفقات الاستحقاقات كما رأينا في هولندا.

الفصل الرابع

التضامن والحقوق والرفاهة الاجتماعية في نظام الخدمات الصحية الوطني (NHS): مقاومة مد أخلاقيات علم الأحياء

كريستوفر نيودايك (Christopher Newdick)

تمنح الرعاية الصحية فرصة طيبة لمناقشة فكرة التضامن. نعرف أن للتضامن علاقة بترقية المصالح الجماعية[1]، لكن كيف يؤثر مفهوم التضامن على الحقوق الفردية للرفاهة؟ يمتزج عدد من العوامل ليجعل من النقاش المستديم حول التضامن نقاشا عسيرا. أولا: تميل النظرية القانونية الحديثة لتسليط الضوء على حقوق الفرد، أكثر من حاجيات المجتمع.

يشدد روول ونوزيك ودوركين (Rawls, Nozick and Dworkin) كلهم على الاستقلال الذاتي للفرد "في تعارضه" مع الدولة للدرجة التي تقول عنها هلا هارت (HLA Hart): لقد تحركنا بعيدا عن الإيمان بالمصالح "العامة" إلى عقيدة جديدة تنادي بأنه "يجب أن تكمن الحقيقة مع مذهب حقوق الإنسان الأساسية، ومع حماية الحريات الأساسية النوعية ومع مصالح الأفراد"[2]. ثانيا: أثناء نظر المحاكم في القضايا، على الأرجح تميل عملية التقاضي نفسها إلى دفع القضاة إلى الاستجابة إلى احتياجات الأفراد. يثير جلاء وقوة دعاوى الأفراد بشكل مفهوم تعاطف القضاة بشكل أكثر فعالية من

---

(١) التعليم والبيئة على درجة من الأهمية في ذلك المقام. انظر عموما:
Citizenship and Social Class (Cambridge University Press, 1950), and, in,T.H Marshall Choices in Health Care (Government Committee on Choices in Health Care,,health care The Netherlands, 1992) and Priorities in Health Care (Final Report of the,Zoetermeer Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995).

(2) H.L.A. Hart, "Between Utility and Rights", in A. Ryan (ed), The Idea of Freedom (Oxford: Oxford
:University Press, 1979), p. 77, quoted in M. Sandel, Liberalism and its Critics (New York: New York University Press, 1992), p. 4-5.

الدعاوى الأكثر عمقا التي تقوم على أساس مصلحة "المجتمع".[٣]. ثار هذا الاهتمام خاصة في تشريع محكمة العدل الأوروبية الأخير، وهو ما سوف نعود إليه في الخاتمة.

أيضا غالبا ما يتحدث "الجدل السياسي" للرعاية الصحية -خصوصا في نظام الخدمات الصحية الوطنية- عن المرضى "كمستهلكين" ذوي حقوق فردية لاختيار أين ومتى يدخلون المستشفى[٤]. في مناخ يشجع المريض على التفكير في الصحة وحقوق المستهلك بوصفهما أمرا واحدا، لن ندهش أن نجد صعوبة في صياغة مفاهيم مثل المجتمع المحلي، والمواطنة والثقة الاجتماعية. إلا أنه من المهم أن نفعل ذلك. تفرض الموارد العامة المحدودة قيودًا تجعل من رؤية حقوق الرعاية الصحية بطريقة "فردوية" شاملة (wholly individualistic) موقفا لا يمكن الدفاع عنه.

الحديث عن الحقوق بوصفها "ورقة اللعب الرابحة"[٥]، التي لا يمكن "حتى لرفاهة المجتمع ككل أن تطغى عليها"[٦]، تصبح غير مصدقة فيما يتعلق بالحقوق الاجتماعية الاقتصادية مثل حقوق رعاية الصحة العامة. ومثل هذه الرؤية تفشل في التعرف على الطبيعة متعددة الأقطاب للقضايا التي يتم فيها دفع مقابل حق "بيتر" في الرعاية فقط خصما من حساب "باولا". وكما قال "بيليجرينو":

> تركز لغة الحقوق في الأغلب الأعم على الحقوق السلبية للحرية من القهر والإرغام ولا تركز بشكل كاف على الالتزامات والواجبات. نظرا لحالة

---

(٣) انظر مثلا:
R (Watts) v Bedfordshire PCT Case (2006) ECJ, C-372/04 (discussed below), Minister of Health v Treatment Action Campaign (No 2) 2002 (5) SA 721 (South Africa), Chaoulli v AG of Quebec and AG of Canada (2005) SCC 35 (Canada), R v Secretary of State for the Home ex p Limbuela [2005] UKHL 66 (England, an asylum seeker case)., Department

(٤) قدم وكلاء الوزارة المتعاقبون مطالب لا يستطيع نظام الخدمات الصحية الوطني دعمها باستمرار. انظر التعليقات الحاسمة التي قام بها البروفيسور سير إيان كينيدي في:
Learning from Bristol: The Report of the Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the .Bristol Royal Infirmary, 1984-95 (Cm. 5207, 2001) p. 57, at para. 31

(5) R. Dworkin, Taking Rights Seriously (London: Duckworth, 1978), ch. 4 and 364.

(6) J. Rawls, A Theory of Justice (Oxford: Oxford University Press, 1971), p. 3.

الضـعف وحالة الاعتماد على الغير التي يكون عليها الشخص المريض، فليس ما يخشـاه المريض هو التطفل ولكن ما يخشـاه هو تخلي بني البشر عنـه وتركه لمصـيره. ونتيجة لذلك هنـاك اهتمام متنـام بمفاهيم العدالة المجتمعية والمنفعة العامة(٧).

تثيـر كل أنظمة الرفاهة الاجتماعية اهتمامات المجتمـع المحلي التي يتحول فيها كل ردود الفعل الفردية إلى استجابات غير ملائمة. تلك هي مشكلة التضامن.

كيـف يجب أن نفهـم "الحقوق" في هذا المناخ؟ رغم أن روولز - على المسـتوى النظـري- تصـور أن الأفـراد يتجمعون معا لصـنع عقـد اجتماعي خلف "سـتار من الجهـل"(٨)، إلا أنـه دون قدر قليل من بعض الفهم لما هو عليه "المجتمع المحلي"، من الصـعب تصور كيف سوف تسـتمر المفاوضات. قد يفكر الأفراد مليا في صورة دولة معتدلة أشـبه "بحارس عقار ليلي"، يحافظ عليهم ويحميهم من أرواح أخرى مستهترة وفظة ووحشـية وقصـيرة(٩)، لكن أن تقترح أن هؤلاء الأفراد من خلف الستار سوف يناقشون نظاما للرفاهة الاجتماعية فذلك وهم من الخيال(١٠). العديد من الحقوق الليبرالية التي نتعامل معها كأمر مسـلم به تكتسب معناها فقط في سياق المجتمع. والأكثر جدارة -على سبيل المثال- ملاحظات ساندل(١١) وايتزيوني(١٢)، اللذين شددا على الحاجة إلى وضع مناقشة الحقوق في سياق قيم الجمهور وأن نفكر في الأفراد بمعايير الأخلاقيات المجتمعية. الإدارة الذاتية وفكرة الحقوق "في معارضة" فكرة الدولة -كما قالا- تقدم

(7) E. Pellegrino, "The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from Professional to a Market Ethics," (1999) 24 J Medicine and Philosophy 243, p. 258.

(8) Rawls, ibid., p. 136-42.

(9) R. Nozick, Anarchy, State and Utopia (Oxford: Blackwell, 1994).

(10) M. Sandel, Liberalism and the Limits of Justice (Cambridge University Press, 2nd ed, 1998), p. 24-28.

(11) M. Sandel, Liberalism and its Critics (New York University Press, 1984).

(12) A Etzioni, The New Golden Rule – Community and Morality in a Democratic Society (New York: Profile Books, 1997).

تحليلا ناقصا للحقوق في المجتمع؛ فالمجتمع المحلي هو كلٌ متكامل بالنسبة لشخصياتنا، وللفردية وللقدرة علـى الازدهار. والعائلة والتاريخ واللغة والجنس والدين والقومية والتعليم والعمل. ويؤثر كل ذلك على إدراكنا ووعينا لأنفسنا. ومفهوم الإدارة الذاتية الذي يفشـل في التوفيق بين كل هذه القوى يقدم رؤية مشـوهة واصـطناعية للناس في المجتمع. وكما قال السـير جون لووز، أن نعـرّف الإدارة الذاتية بمفردات الحقوق فقط هو خطأ فادح. أو أن نفعل ذلك:

يعنـي أننا ننكر الفضـيلة المشـتركة لدى البشـر. ولو أن السـمة المنهجية للفلسـفة الاجتماعية السـائدة أصـبحت علـى هذه الشـاكلة، فذلك يدعو إلى ظهـور مجتمع من الأفـراد الأنانيين، ولذلك فهو ليـس مجتمعا. المجتمع الذي يرجـع بتعريف قيمه إلى الحقوق الفردية هو مجتمع سـليب القوة فعليا بسـبب هذه الحقيقة نفسها. فثقافته لا تقول شيئا عن واجب الفرد... ولذلك هي لا تقول شيئا عن واجب المجتمع.(١٣)

وبشـكل مساو، رغم أن وايتزيوني وسـاندل وآخرين قاموا بتطوير صورة جذابة عن "القيم" المجتمعية، من الصـعب اعتبار أفكارهم "مبادئ" أخلاقية عملية ومقنعة. وهذا يطرح أيضا صعوبة أخرى في طريق مفهوم التضامن.

ومنذ زمان الفيلسـوف كانط، ركزنـا اهتمامنا حول الحقـوق الفردية في المجتمع وجاذبية، مثل هذا المفهوم من السهل الإمساك بها. الحرية والإدارة الذاتية والحق في تقرير المصـير مفاهيم قوية ومقنعة. وأيضا يقدم لنا التاريخ قدرا كافيا من التحذير ضد مخاطر الدولة القهرية والشـمولية التي تدمر الفـرد؛ أو المجتمعات التي تهمل وتهمش ببساطة جماعات الأقلية.(١٤)

وعلى الجانب الآخر، فالتضـامن يمثل مفهوما متلونا كالحرباء، بمعانٍ مختلفة(١٥). وتمثـل طبيعـة المفهوم غيـر الدقيقة عقبة أخـرى. فكيف تسـتطيع المصـالح المدنية

(13) Sir John Laws, "The Constitution: Morals and Rights", Public Law, (1996), p. 622, 624.

(14) W. Kymlicka, Liberalism, Community and Culture (Oxford University Press, 1991).

(15) S. Stjerno, Solidarity in Europe: The History of an Idea (Cambridge University Press, 2005).

والمصالح الجمهورية أيضا حماية الفرد وجماعات الأقلية من الاضطهاد، أو الإهمال؟ حذر ايسايا برلين من استخدام المفاهيم "المجتمعية" للحرية لتحطيم الفرد(١٦). كيف نستطيع التعرف على حالة الفرد دون تجاهل احتياجنا إلى مجتمع؟

ما يلي يحقق توازناً بين القيم الفردية والقيم المجتمعية والمنطق القائل بأن التطبيق غير الحاسم "لأخلاقيات علم الأحياء(*)" من منظور المذهب الفردوي في الرعاية الصحية يضعف القيم العامة التي نأخذها كأمر مسلم به، ويجعلها تذوب. يجب مقاومة الدعوات الموجهة للمحاكم لتشارك بشكل أكثر نشاطا التخصيص الحقيقي للموارد العامة المحدودة(١٧). في حدود خبرتي، يميل النقاش إلى أن يتركز أكثر حول نظام الخدمات الصحية القومية، ولكني أتعشم أن يتم تطبيق التحليل بشكل أكثر عمومية. هذا التحليل يضع مفهوم التضامن في إطار حقوقي عن طريق مناقشة (أ) الفرق بين حقوق الفرد وحقوق الجماعة و(ب) المدى الذي نتعرف خلاله على هذا الفرق في اللوائح المنظمة للخدمات الصحية القومية (NHS).

التمييز بين حقوق الفرد وحقوق الجماعة

كيف يمكن "للحقوق" أن تؤخذ وتنفذ بطرق تعترف بمصالح الفرد ومصالح الجماعة؟ ما يلي سوف يفك ألغاز طبيعة "حقوق" الرعاية الصحية من أجل إضاءة العهود المقطوعة وتنفيذ الاعتبارات المتخيلة في أذهاننا. نحن نميز بين (١) طبيعة الحقوق و(٢) التنفيذ الجبري للحقوق.

---

(١٦) انظر:
I. Berlin, Four Essays on Liberty (Oxford: Oxford University Press, 1979).
يميز دوركين بين المبادئ والسياسة العامة وهو رد فعل مماثل ضد مذهب النفعية من أجل ترقية المصالح العامة. انظر:
.Dworkin, above, at p. 90

(*) Individualistic Bioethics

(١٧) بالنسبة إلى القضية محل الاهتمام، انظر مثلا:
G. Van Bueren, "Including the Excluded: The Case for An Economic, Social and Cultural Rights Act," Public Law (2002), p. 456 and N. Jheelan, "The Enforceability of Socio-Economic Rights," 2 EHRLR (2007), p. 146.

طبيعة الحقوق

حقوق خاصة أم عامة ؟

تخاطب قضية التمييز بين الحقوق العامة والحقوق الخاصة قضية أصل الحق. تتوالد الحقوق الخاصة بين الأفراد (شاملين المؤسسات الخاصة والكبرى). على سبيل المثال، قد يخضع الأفراد الخاصون باختيارهم الحر لالتزامات تعاقدية مهما كان شكلها -وهذا الأمر يرجع إلى وضع الأفراد القانوني- وينفذون حقوقهم لمصلحتهم الخاصة دون أي مرجعية للمصلحة العامة. الحقوق العامة تنشأ بين وضد السلطات العامة بفضل استحقاقات تخلقها الدولة من أجل ترقية مصالح الجماعة عن طريق الرفاهة والمنافع الأخرى. تخضع السلطات العامة غالبا لواجبات قانونية نوعية، تشمل واجب عدم تجاوز ميزانية محدودة، إلا أنها تمتلك الحرية في زيادة العائد. وطبقا لذلك، الحق المدعو به أمام الهيئات العامة يختلف عن تلك الحقوق الناشئة داخل الاتفاقيات الفردية، وربما يتطلب الأمر أن نختار بين الاحتياجات المتنافسة اختيارات قاسية. بالطبع، ربما تتحدد مقادير حقوق بعض المنافع القانونية طبقا لشرائح دقيقة -مثل منافع البطالة أو المعاشات القانونية- ولكن مثل هذه الحسابات الصارمة نادرا ما تكون ممكنة في مجال الرعاية الصحية. في نظام الخدمات الصحية (NHS)، مثلا، يجب على وكيل الوزارة أن "يستمر في ترقية خدمات صحية شاملة"[١٨]، وهو الواجب المفوض للسلطات الصحية المحلية أن تقوم به[١٩]، والتي بدورها مرتبطة بواجب ألا تتجاوز مخصصاتها المالية السنوية[٢٠]. وهكذا، داخل هذا الإطار، تخلق خدمات الرعاية الصحية القومية حقوقا "عامة" تنشأ بفضل الالتزام القانوني للاحتفاظ بالتمويل لخدمة غرض معين. و تصبح طبيعة الفروق ومداها بين الحق "الخاص" والحق "العام" أكثر وضوحا كلما قمنا بتحليل عواقب هذا التمييز.

---

(١٨) S 1, National Health Service Act 2006. القانون الجديد يشرع واجبا قانونيا أدخل أول مرة في عام 1948.

(١٩) تسمى حاليا هيئات الرعاية الأولية (PCTs)، رغم أنها أيضا مسئولة عن التعاقد مع مستوى الرعاية الصحية الثاني.

(20) S 229, National Health Service Act 2006 and R v NW Lancashire HA v A, D & G, 53 BMLR (2000), p. 148.

حقوق إيجابية أم سلبية؟

تثير الحقوق العامة/الخاصــة تمييزا آخر بين الحقوق الســلبية والحقوق الإيجابية. تتعلق الحقوق الســلبية جوهريا بحماية الأفراد من التطفل. وتفرض الحقوق الإيجابية واجبـا لتقديم البضــائع أو الخدمات. وكلاهما قد ينشـأ داخل سـياق قطــاع خاص أو عام[٢١].

على ســبيل المثال، في الســياق "الخاص"، تتضــمن العديد من الاتفاقات التجارية واجب توريد بضــائع وخدمات للطرف الآخر وربما تتصـف بكونها حقوقا خاصــة- إيجابيــة. عقــود التأمين الصــحي الخاصــ هي مثال علــى ذلك، من خلالها يســتطيع المرضــى الســعي للحصــول على أكثر ما يســتطيعونه من جهة التأمين -وهذا يخضع لشــروط الاتفــاق- دون الاهتمــام بالآخرين أصــحاب الدعاوى المعاكســة. وعلى العكــس، الاتفاقية التي تملك حقوقا تجارية فردية دون منافســة من شــخص آخر، أو من مالك تمنح تمتعا هادئا إيجاريا للمرافق، قد تتضــمن حقوقا "سلبية-خاصة". ولأن للأطــراف الحق في تنفيذ العقــود طبقا لشــروطها بغض النظرعن المصــالح العامة، يجذب التمييز بين الســلبي والإيجابي قليل من الانتباه في القانون الخاص. ومع ذلك، في مجال "السلطات العامة"، التمييز هو أمر حاسم.

تفرضــ الحقــوق "العامة- الســلبية" علــى الســلطات العامة واجــب "أن تتركها بمفردها"[٢٢]. وهكذا على ســبيل المثال، يقع العديد من الحقوق المتضــمنة في الاتفاقية

---

(٢١) هذا التمييز محل نزاع. يدافع البعض بمنطق أن الحقوق الإيجابية هي أمر "سياسي" بشكل موروث وتتجاوز قدرات القضاة، بينما هناك منطق آخر يقول إن هذا التمييز لا يمكن الدفاع عنه في الممارسة العملية. قارن مثلا بين:
C. Fried, Right and Wrong (Cambridge Mass: Harvard University Press, 1978) with R. Plant, "Citizenship and Rights," in D. Milligan and W. Watts Miller (eds), Liberalism, Citizenship and Autonomy (Avebury: Aldershot, 1992).
أرى أن الحقوق الإيجابية هي حقوق قابلة للتنفيذ الجبري، لكن بوسائل "إجرائية" أكثر من كونها ادعاءات ملموسة، انظر أدناه.

(٢٢) طبعا، وبحكم التعريف، كل الأنظمة القائمة على أساس حقوقي تفترض التقاضي والحاجة إلى تواجد موارد لإدارة هذا التقاضي. فعليا، ربما تفرض الحقوق السلبية واجبات إيجابية على الحكومة لحماية الأفراد الذين تتعرض حقوقهم للخطر. انظر:
and Pretty v 23. Venables and Thompson v News Group Newspapers (2001) 1 All ER 908 .United Kingdom 35 EHRR 1, para 50

الأوروبية حول حقوق الإنسان في هذه الشريحة؛ أي الحق في حرية الكلام وحرية العقيدة وحرية الاجتماع والحياة العائلية والحياة الخاصة، كل ذلك يتطلب من الدولة "الإحجام" عن التدخل في شئون الأفراد(٢٣) وهو ما يشار إليه غالبا بوصفه الحقوق المدنية والسياسية.

قارن الحقوق ذات هذه الطبيعة بالحقوق العامة "الإيجابية" في تلقي منافع الرفاهة الاجتماعية والتعليم والرعاية الصحية. ورغم أن التمييز فيما بينهما أبعد ما يكون عن صورة بالأبيض والأسود(٢٤)، هناك اختلاف مفاهيمي واضح بين حقوق أن يدعوك وحدك، وحقوق المنافع الاقتصادية من طرف آخر ولكن منها ما يتم تنفيذه جبريا بطرق مختلفة. ولو تركنا جانبا قضية تنفيذ هذه الحقوق جبريا، حقوقي في الحرية من الامتهان والمعاملة غير الإنسانية، أو مراجعة قانونية اعتقالي بواسطة المحكمة لا يعتمد على الموارد المتوافرة للحكومة(٢٥). لكن حقي في الحصول على الخدمات الصحية الوطنية يتأثر بعمق بقضايا تمويل نظام الخدمات الصحية الوطني والمدى الذي تعتمد فيه على تنويعات من العوامل الاقتصادية والسياسية التي تبلغ ذروتها في السياسات التنفيذية الخاضعة لفحص وتمحيص البرلمان(٢٦).

الحرية أم المساواة؟

دعنا الآن نسأل: ما هو الهدف من إعمال الحق الذي نسعى إليه؟ ترتقي "الحرية" بحقوق ربما لا تساعد على تطبيق مبدأ "المساواة". لكن ربما يفرض تحقيق "المساواة"

---

(٢٣) مثلا انظر: Pretty v United Kingdom 35 EHRR 1, para 50

(24) R. Plant, Modern Political Thought (Oxford: Blackwell, 1991), p. 269 and S. Fredman, "Human Rights Transformed: Positive Duties and Positive Rights," Public Law, (2006), p. 498.

(٢٥) أي إن الحقوق المادية لمرضى الصحة العقلية في مراجعة محكمة عليا مستقلة يتم تطبيقها جبرا بغض النظر عن الموارد المتاحة للحكومة. انظر: R (on the application of KB) v MHRT and Secretary of State for Health [2002] EWHC 639

(٢٦) انظر Laws, ibid, p. 622, 629، "... سوف يكون هناك دائما اختيارات صعبة... هناك منطقة تقع فيها المسئولية الدستورية على كاهل سياسيينا المنتخبين. إنه ليس ميدان القضاة... في علاقته بالحقوق الإيجابية، يتبوأ البرلمان بالضرورة المكانة الأعلى".

قيودا تعرقل ظهور الاختلافـات بين الأفراد. ويحمل الهدفان قيمة كبيرة. كيف يجب علينا دمج الهدفين في مفهوم للحقوق؟ حريتي في أن أحقق ثروة من أعمالي التجارية ومن أجل أن يفوق دخلي دخلك بمراحل بعيدة تحميها حقوقي الخاصة -سواء سلبية أم إيجابية- في أن أجمع المال. والمسـاواة ليسـت اعتبارا مهيمنا. من زاوية تقبل الأخذ والرد، نفس الشـيء هو القضـية المتعلقة بالحقوق "العامة- السلبية". فحقي في حرية الـكلام والعقيدة لا يعتمد على ممارسـة الآخرين لحقوقهم بشـكل يساويني -رغم أن الآخريـن يطالبون بنفس القدرعلى فعل ذلـك- لا توجد حدود لمثل هذه الحريات التي تقاس طبقا لمصلحة الآخرين المتساوية.

وعلـى النقيض، تثير الحقـوق "العامة-الإيجابيـة" وجهات نظـر مختلفة. تكمن المسـاواة فـي القدرة على الوصـول إلى الأشـياء في قلـب حقي في الرعاية الصـحية العموميـة، والرفاهة الاجتماعية والتعليم. ورغم صـعوبة تحقيق هـذا الهدف غالبا، تفترضـ الحقوق في منافع الضـمان الاجتماعي العامة مسـبقا أن إتاحة هذه الخدمات سـوف تميل إلى تخفيض التفاوت بين قدرات الناس. في المملكة المتحدة، على سـبيل المثال، يثور قلق من اختلاف مستويات الصحة بين منطقة وأخرى. بالطبع، المسألة ليسـت بسـيطة. ما نوع المسـاواة المطلوب في هذا السـياق؛ من ناحية "المدخلات" -أي التمويل بالنسـبة لكل فرد- أو من ناحية "المخرجات" -أي أن يتحقق للفرد نفس المسـتوى من الصحة- وتتعقد المشكلة أكثر بمسـاهمة التعليم ونوع المسكن في تحقيق المستويات القياسية للصحة العامة.

هـذا الأمر يمكننا مـن تقدير الاختـلاف بين المفهـوم الفـردي (individualistic) والجماعـي (communitarian) للحقوق. وعلى النقيض من الأفـكار التقليدية للحقوق السلبية، شأن نظم الرعاية الصحية الممولة من المال العام هو ترقية الحقوق "العامة-الإيجابية" التي يصبح هدفها المهم هو تخفيض المظالم والتفاوت في النظام.

التنفيذ الجبري للحقوق

الآن دعنا نتناول الأسلوب الذي تنفذ به الحقوق، ومرة أخرى نميز بين اهتمامات النظرة الفردية واهتمامات النظرة الجماعية.

حقوق واقعية أم إجرائية؟

قد تعنى الحقوق منافع "واقعية" أو منافع "إجرائية". تعطي المنافع الواقعية للفرد الحق في المطالبة بالوصول إلى الحق ذاته. وغالبا سوف تحيل الحقوق "الخاصة" تلك المنافع الواقعية إلى أطراف التعاقد، قل مثلاً، تنشأ هذه الحقوق من العقد التجاري. وعلى سبيل المثال، الحق في الحصول على بضائع، أو خدمات متفق عليها –أو تعويضات في حالة الإخلال بشروط العقد– وكما يتعلق الأمر أيضا بالحقوق "العامة السلبية". تفرض العديد من الحقوق الناشئة من العقد الأوروبي لحقوق الإنسان واجبات على السلطات العامة لاحترام الحقوق "الواقعية" للأفراد وتلك الحقوق من الممكن تنفيذها جبريا بواسطة المحاكم[٢٧].

إلى أي مدى تنطبق هذه المقاربة للحقوق على الحقوق "العامة الإيجابية" – الحقوق التي تشمل منافع الرفاهة الاجتماعية؟ في مجال الرعاية الصحية، من غير المعتاد أن تجد استحقاقات تشريعية معينة. بدلا من ذلك، توصف حقوق المرضى غالبا بمفردات أكثر عمومية، مثل الحق في رعاية "شاملة"، أو "طبيعية"، أو "غير تجريبية". أضف إلى ذلك الموارد المحدودة التي يعمل نظام الرعاية الصحية داخلها والتشديد الممنوح لتحقيق "المساواة" في تخصيص الموارد الشحيحة من الواضح عدم ملائمة المحاكم لتقدير الأثر بعيد المدى للقيود المالية على عملية اتخاذ القرار عموما. ومع الأخذ في الاعتبار تركيز المحاكم على حقوق الدعاوى "الفردية"، فهي تجهل ما يحتاجه هؤلاء الذين لا يتقاضون أمامها، أو الأثر بعيد المدى للقرار المتخذ في قضية شخص ما على قضية شخص آخر، أي "تكاليف فرصة" تحويل اتجاه الموارد المحدودة من الشخص "أ" إلى "ب".

---

(٢٧) تضمن، عند نشوء الحاجة، واجبا إيجابيا لاتخاذ خطوات لصيانة المواطن من الانتهاكات المنهجية لحريات الآخرين. Supra note 22 and 23

لهذا السبب، غالبا ومن غير المناسب وغير الصحيح استخدام الحقوق "الواقعية" في مقام الحقوق العامة الإيجابية. فالخطر القائم هو أن الحقوق الواقعية تميل بالأمر إلى توجيه تركز الموارد نحو أولئك الذين يتقاضون أمام المحاكم آنذاك . وهو الأمر الذي يكون غالبا ناتجا عن ظروف خاصة أكثر من كونه استراتيجية عامة. ونتيجة لذلك فإن استخدام الحقوق الواقعية لتخصيص الموارد الشحيحة يستطيع تشويه التخصيص النزيه والمستمر لمنافع الرعاية الصحية ويدمر السياسة العامة. والبديل الأفضل هو استخدام "الحقوق الإجرائية". هنا، يتجسد الحق في الوصول إلى إجراء تحدد به المحكمة استحقاقات المدعي بالحق. يجب أن تخضع هيئة المحكمة هذه إلى المراجعة القانونية بواسطة السلطة القضائية لضمان أنها تتصرف بشكل سليم، لكن يجب قصر المراجعة على فحص الأسلوب المتخذ به القرار، وأنها وضعت كل العوامل المتعلقة بالأمر في اعتبارها، وأنها استبعدت العوامل غير ذات الشأن، وأنها قدرت الأدلة بنزاهة ووصلت إلى استنتاج نهائي معقول في حدود التزاماتها التشريعية(٢٨).

بالطبع هناك خطر من أن تتحول الحقوق الإجرائية إلى خدعة؛ وأن تصبح لهذه الدرجة من الضعف وتحدث عرضا إلى الدرجة التي تجعل من الممكن أن يصبح متخذو القرار في مأمن من الحساب والمراجعة في حالة عدم تنفيذها. الحقوق الإجرائية ذات "المظهر القوي" ضرورية بشكل لا غنى عنه حتى تصبح فكرة "الحقوق" الإجرائية ذات معنى. فهي تتطلب ألا تضيع احتياجات الفرد في دوامة حسابات نفعية صرف؛ تركز فقط على احتياجات العدد الأعظم منهم دون الاهتمام باحتياجات كل فرد. وهذا هو السبب في أن مفاهيم مثل جودة سنوات العمر المعدلة (QALY(*)) مفيدة في هذا الحوار على المستوى الأكبر، ولكنها -هذه المفاهيم- لن تكون الحاسمة. فهي تحمل مخاطر خطف بصر متخذي القرار نحو «المنافع العامة»، ولكنها تعميهم في نفس الوقت عن

---

(٢٨) انظر ex p A, D & G أعلاه والتي نناقشها أدناه.

(*) Quality Adjusted Life Years

احتياجات الفرد[٢٩]. ولهذا الحد يجب تقدير جودة سنوات العمر المعدلة بالتوازي مع التدابير المتخذة نحو الاحتياجات الأخرى. وهكذا، بالإضافة إلى ذلك، تصر المحاكم الإنجليزية على أن المراجعة القانونية كافية في حد ذاتها. فالمراجعة القانونية لا ترضى فقط بوصول الهيئة القضائية إلى قرار معقول على المستوى «الأشمل»، ولكنها تنظر في أي احتياجات «استثنائية» خاصة للفرد على المستوى «الجزئي». واجب السلطات العامة هو النظر في كل هذه العوامل ذات الصلة بالموضوع، بما فيها الاحتياجات الخاصة للفرد وظروفه المحيطة. وهذا بوضوح عامل مهم ويجب أخذه في الحسبان عند اتخاذ القرار حتى ننجح أمام اختبار الحصافة وسداد الرأي.

حقوق مطلقة أم نسبية؟

وهذا يأتي بنا إلى التمييز النهائي المفيد لمناقشتنا حقوق الفرد وحقوق الجماعة، أي الفرق بين الحقوق "النسبية" والحقوق "المطلقة". الحقوق المطلقة هي حقوق واجبة التنفيذ بغض النظر عن مصالح الآخرين. بينما تعتمد الحقوق النسبية على اعتبارات مسبقة لحقوق الآخرين وقد تتنوع من وقت لآخر. وقليل من الحقوق هو الذي نستطيع ممارسته بطرق تتجاهل تماما حقوق الآخرين. حريتي في الكلام يحددها القانون باحترام الآخرين -مثلا عدم التشهير بسمعتهم وحقوق الحياة الخاصة والعائلية- وحرية الاجتماع لا تشمل الحق في السلوك اللاأخلاقي أو الخطر أو المهدد للآخرين، وحقوق الحياة الخاصة والعائلية لا تخولني سوء معاملة أطفالي[٣٠].

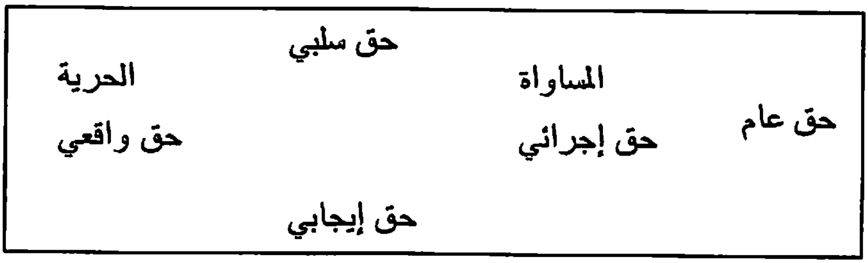
رغم ذلك ربما يكون استعداد المحاكم لتحديد معالم بعض فئات الحقوق بارزا مع بعضها دون الأخرى. ولا بد أن حرية الكلام والعقيدة يتطلبان أرضية شديدة الإقناع لتبرير تقييدهما. من الناحية الأخرى، فيما يتعلق بدعاوى الصحة والرفاهة الاجتماعية،

(٢٩) بكلمات أخرى، يجب ألا يشجع مفهوم جودة سنوات العمر المعدلة الأطباء على التصرف كما لو أنهم محامو المريض لأن "القرارات الصعبة" يجب أن تكون مسئولية الآخرين.

(٣٠) حتى الحقوق المدنية والسياسية الأساسية مثل الحق في التصويت في الانتخابات والحق في الملكية الخاصة تم تعديلهم لمصلحة الاحتفاظ بحقوق جماعات السكان الأصليين الأبورجينال. انظر: Kymlicka, ibid.

وربمـــا يكون هناك افتراض في الاتجاه المعاكس. مقارنة مطالباتي الصـــحية بمطالب الآخرين الصـــحية ليســـت على هذه الدرجة من البساطة. وكيف يمكن لنا مقارنة طرق العلاج المختلفة، أو كيف يمكن لنا مقارنة دعاوى البالغين بدعاوى الأطفال؟ وما هي العوامـــل التي يجب وزنها أو وضـــعها في الاعتبار؛ اقتصـــادية، إكلينيكية، اجتماعية، سياســـية؟ مع التســـليم بعدم ملائمة فصـــل المحاكم في أمور لها هذه الطبيعة، يجب أن تفوض المســـألة بشـــكل طبيعي إلى الهيئات التشريعية المتخصصـــة لديها خبرة تقنية في ميزان الدعاوى المتنازعة، والقدرة على التصـــرف بشـــفافية، ومدركة بشكل مستمر لحقيقة أن الاســـتثمار في إحـــدى فئات الرعاية، أو فئات المرضـــى، ربما تعني "عدم الاستثمار" في الفئات الأخرى.

وهكذا، الحقوق، وطريقة تنفيذها جبريا، تخدم نوعية من الأدوار المختلفة. ويمكن لنا أن نفهمها من خلال رسم بياني على أحد محاوره، الحقوق العامة والخاصة، وعلى المحور الآخر، الحقوق الإيجابية والســـلبية التي تصور لنا القيم والأهداف المختلفة في الميدان العملي في الدعاوى التي تقوم على أساس الحقوق[31].



التضامن في نظام الخدمات الصحية الوطني (NHS)

كيف يطبق نظام الخدمات الصحية الوطني ذلك؟ تقوم (حاليا ١٥٢) هيئة صحية في إنجلترا بتخصيص موارد الرعاية الصحية. يعمل كل منها داخل هامش واسع نسبيا من

(31) C. Newdick, "The Positive Side of Health Care Rights," S.A.M. McLean (ed), First Do No Harm – Law, Ethics and Health Care (Ashgate: Aldershot 2006) ch. 36.

حرية التصرف و(على الأقل نظريا) ربما تختلف عن بعضها البعض في الأولويات التي تحددها لنفسها(٣٢). ومؤخرا نسبيا، رغم سماح قانون الإهمال الطبي للمريض بأن يطالب بحقوقه الخاصة ضد نظام الخدمات الصحية الوطني، فشلت المراجعة القضائية في توضيح أي فكرة ذات دلالة عن الحقوق العامة للمريض في نظام الخدمات الصحية الوطني. ودفعت نتائج سلسلة من القضايا إلى صرف النظر عن اللجوء إلى المراجعة القضائية على أرضية أن القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد الشحيحة تتجاوز بشكل طبيعي كفاءة المحاكم. ولكن في الواقع الملموس كان على مستوى المراجعة ضعيفا جدا، وغير كاف، حتى إن المرضى خرجوا من التقاضي بأحكام مناوئة لهم دون أي توضيح للأسباب أو توضيح أين تكون المصلحة العامة خلف هذه الأحكام. في كتاب كوليير، وفي قضية وصمت محكمة الاستئناف بالخزى في ١٩٨٨، رفض القضاة فحص القرار الطبي الذي منع إجراء جراحة لطفل عمره أربع سنوات من أجل إصلاح ثقب في القلب. ولاحقا مات الولد بسبب هذه الحالة المرضية. وبدلا من إخبارنا أن المستشفى يعاني من نقص في أعداد ممرضات العناية المركزة، لم يفسر لنا أحد لماذا لم يُنقل الولد إلى مستشفى آخر لتلقي العلاج، كما رفضت المحكمة بحث الأسباب(٣٣).

ومع ذلك في ١٩٩٥ تغيرت هذه الاستجابة السلبية التمييزية من القضاء على الشاكين. بدأ القضاة في مطالبة متخذي القرار بإعطاء مسوغات قراراتهم المتخذة. وبينما يستسلمون لحقيقة أن القيام بتلك الاختيارات الصعبة فيما بين مرضى معوزين هو أمر متوطن في نظام الخدمات الصحية الوطني، وقد تم النصح بوضع إطار عمل تحليلي، من خلاله يقومون بوزن الاحتياجات الخصوصية لمطالب الأفراد وتحقيق

---

(٣٢) رغم أن النظرية القانونية تعطي أمانات الرعاية الأولية الحرية لتحقيق أولوياتها الخاصة، ففي الممارسة العملية تأخذ سياسات الحكومة المركزية نصيب الأسد من موارد هذه الأمانات وتحدث الاختلافات في الهوامش فقط.

(33) R v Central Birmingham HA, ex p Collier (Court of Appeal, unreported, 1988).

التوازن فيما بينها[٣٤]. وأوضح تصوير لهذه المقاربة موجود في محتوى: R v North) Lancashire Health Authority, ex p A, D & G)[٣٥].

تُقابل طلبات المتقدمين لإجراء جراحة التحويل بين النوعين بالرفض. وقد شرحت السلطات الصحية أنها يجب أن تفاضل بين اختيارات صعبة في ظل الموارد الشحيحة. ودافعت عن موقفها بقولها إنه رغم توافر مثل هذه الجراحات عند أطباء يتحلون بالمسئولية، فإنه لا توجد تجارب عشوائية تحت التحكم للمقارنة، يُعتمد على نتائجها (RCTs[*]) لتظهر لنا هل مثل هذه الجراحات فعالة أم لا. لذلك، رغم أن النظام يوفر جلسات علاج نفسي ومشورة، فإنه يرفض تمويل الجراحة.

اللجوء للمراجعة القضائية كان ناجحا. خرجت المبادئ التالية من القضية، أولا: عندما يجد أسلوب علاج ما تأييدا من أطباء ذوي حصافة، فلن يكون مشروعا رفض السلطات الصحية لهذا العلاج دون إعطاء أسبابا مقنعة. وهنا يكون غياب التجارب العشوائية تحت التحكم (RCTs) تم تفسيره بالعدد القليل من المرضى الذين أجريت لهم جراحات تحويل النوع. ولكن أن تشترط وجود تجارب عشوائية تحت التحكم بينما لا أحد يتوقع أن تكون متوافرة، فذلك أمر غير منطقي. وفي هذه الحالة على السلطات أن تفحص الأدلة الإكلينيكية حتى تحدد ما إذا كان الأطباء أنفسهم لديهم سوابق من الحالات المسجلة تكفي لتكون دليلا إكلينيكيا يبرر أسلوب العلاج، حتى ولو كان الأمر يتعلق فقط بفئة محدودة من مثل هؤلاء المرضى.

بكلمات أخرى كل الأدلة ذات الصلة يجب وزنها ووضعها في الاعتبار. ثانيا: الأسلوب الذي تجري به مثل هذه المراجعة يجب أن يتعامل مع المريض دون تحيز،

---

(٣٤) بالنسبة لنشوء وتطور القانون في هذه المساحة، انظر عموما:
C. Newdick, Who Should We Treat? –Rights, Rationing and Resources in the NHS (Oxford: Oxford University Press, 2005).

(35) R v NW Lancashire HA v A, D & G BMLR (2000) 53, p. 148.

(*) Randomized Controlled Trials

وبشكل متساوٍ ومتسق. يجب اتخاذ القرارات طبقا لإطار عمل أخلاقي ويعتمد عليه، كما يجب على السلطات الصحية من خلال هذا الإطار أن توازن -مثلا- بين طبيعة احتياجات المريض ودرجة إلحاحها، وبين قوة الأدلة الإكلينيكية والقيمة المطلقة لنفقات العلاج، والعلاقة ما بين التكلفة والعائد منسوبة لأساليب العلاج الأخرى المناسبة. ومن الحتمي، أن بعض العلاجات لن يمكن من الطبيعي توفيرها، لكن كل العوامل المتعلقة بالقرار يجب وضعها في الاعتبار قبل أن يُتخذ مثل هذا القرار.

ثالثا: لا يمكن الخضوع لحسابات مفهوم "جودة سنوات العمر المعدلة (QALYs)" في هذا التحليل. على الأرجح بشدة أن من غير القانوني استعمال "التحريم البات" وبالتحديد: لأن ذلك يتجاهل مصلحة الفرد. وهذه ليست مجرد رطانة كلام. ضمان وضع الظروف الخاصة في الاعتبار يمثل أرضية لتأسيس "لجان مراجعة الحالات الاستثنائية".

على سبيل المثال، قل إن السلطات وضعت "إطار عمل أخلاقي" عاما وقدمت سياسة تحدد فيها أولوية متدنية للعلاج "س" على أرضية محدودية الدليل على فعالية هذا العلاج أو تكاليفه، أو الطبيعة الهامشية "لاحتياجه" الصحي. و الآن أحد الأفراد المرضى قد يطلب مراجعة حالة استثنائية لاحتياجه الإكلينيكي لهذا العلاج. قد يسعى المريض إلى إقناع السلطات بأن قدرته الخاصة على الاستفادة من هذا العلاج ذات وضع استثنائي للغاية تجعله يستحق أن تقوم السلطات "بشكل استثنائي" بتمويل علاج حالته[٣٦]. على سبيل المثال رغم أن جراحات التجميل قد تستبعد من داخل إطار العمل الأخلاقي العام، ربما توافق السلطات على طلبات إجراء جراحات تجميل لما بعد العمليات الجراحية على أساس استثنائي.

(36) C. Newdick, "Exceptional Circumstances – Access to Low Priority Treatments After the Herceptin Case," 1 Clinical Ethics (2006), p. 205, and R (Ann Marie Rogers) v Swindon Primary Care Trust and the Secretary of State [2006] Lloyds Rep Med 364 and R (Linda Gordon) v Bromley NHS Primary Care Trust [2006] EWHC 2462 (both of which concerned exceptional access to treatment for cancer).

رابعـا: معالجة ذلك تكون "إجرائية". لو كان نجح طلب الاسـتثناء، فإنه يعاد إلى السـلطات الصـحية للنظر فيه مرة أخرى في ضـوء تعليمات وتعليقات المحكمة. بهذه الطريقة، هناك قالب جاهز لطريقة صـنع القرار في نظام الخدمات الصـحية الوطني يقـوم بوزن الحقوق العامة الإيجابية أمام أسـلوب العلاج بطريقـة تتوازن فيها حاجة الفـرد وحاجة الجماعة والتي تميل لصـالح المسـاواة فـي القدرة على الوصـول إلى الرعاية. تمتلك السلطات الصحية الحق في تأكيد قرارها الأصلي، بشرط أن تضع في اعتبارها العوامل التي تبرزها المحكمة وأن تصـل هذه السـلطات إلى قرارات معقولة مبررة في حدود سلطاتها القانونية(٣٧).

ملاحظات ختامية

النظريات القائمة على أساس الحقوق "كورقة اللعـب الرابحة" تؤكد على الحقوق "السلبية" المدنية والسياسية. إلا أنه، في مقام الحقوق "العامة الإيجابية"، الاقتصادية والاجتماعية، تفشل هذه النظريات في خلق التوافق ما بين مصالح الآخرين المتنافسة. وهنـاك خطر علـى العدالة والمسـاواة عند تطبيـق الأفـكار الفرديـة والواقعية على الحقوق "العامة". قضـية واتس ضـد أمانـة الرعاية الأولية في بدفوردشـاير (Watts Bedfordshire PCT) تسـلط الضـوء على هـذا الخطر، عندما أصـرت محكمة العدل الأوربيـة علـى أن نظم الرعايـة الصـحية المحلية يجب أن تسـمح لمرضـى الاتحاد الأوروبي بالحصـول على العلاج "العادي" في أماكن أخرى بالاتحاد الأوروبي إذا لم تتوافر دون "تأخير مسـتحق" في البلـد الأم.(٣٨) بالعودة إلى تحليل الحقوق الوارد أعلاه، توجد حقوق الوصـول إلى الخدمة هذه في ركن "العام الإيجابي" من الرسـم

---

(٣٧) رغم أن أمانات الرعاية الأولية التي تخسر قضيتها في المراجعة القضائية تميل - تحت ضغط من المحكمة والإعلام والمرضى- إلى الإذعان إلى الهزيمة بتحويل التمويل إلى أولئك الذين يطالبون بالحصول على احتياجاتهم بشكل استثنائي.

(٣٨) Case C-372/04, R (Watts) v Bedfordshire PCT (2006, ECJ).
تم تقديم الدعوى طبقا لبنود حرية الحركة في المادة 49، بغض النظر عن المادة 152 (5)، التي تنص على أن "تصرف المجتمع المحلي في ميدان الصحة العامة يجب أن يحترم مسئوليات الدول الأعضاء كاملة في تنظيم وتقديم الخدمات الصحية والرعاية الطبية" (2005).

البياني، ومن الضروري أن يكون بشكل طبيعي حقا "إجرائيا" بطبيعته. تعتبر محكمة العدل الأوروبية هذه الحقوق حقوقا فردية وواقعية.

عواقب هذه السياسة واضحة. أولا: فهي تفضل أولئك الأقوياء، اللائقين والمستعدين للسفر. لن يستطيع المرضى ذوو الحالة المرضية بالغة السوء، وكبار السن وذوو الإعاقة الترحال والتنقل. ثانيا: حيث إن قانون الاتحاد الأوروبي يفرض "التزاما" عاما بتمويل مثل هذا العلاج في الخارج، يتمتع تلقائيا أولئك القادرون على الترحال بأولوية في تمويل أمانات الرعاية الأولية.

تلتزم أمانات الرعاية الأولية "في البلد الأم" بتوفير نفقات إقامة وغيرها التي تتولد في الخارج، بغض النظر عما تبلغه احتياجات الآخرين من شدة. وبشكل حتمي، أولئك الذين يقبعون في البلد الأم سوف يجدون صعوبة أكبر في الحصول على الرعاية. سوف تظل حقوقهم (في الموارد المستنفدة الآن بواسطة هؤلاء الذي يحصلون على الرعاية الصحية في أماكن أخرى بالاتحاد الأوروبي) ذات طبيعة "إجرائية". في الممارسة العملية، الفئات الخاضعة لمثل هذا الإجحاف سوف تبقى في هذا الوضع بشكل مستمر؛ فأفواههم مكممة، ولا يوجد من يمثلهم بشكل كاف، ولا يتمتعون "بالشهرة"، فهم نمطيا مرضى كبار في السن وعجزة (وعلى نحو أخص فهم المرضى بالأمراض العقلية والمعوقون). على الأرجح، يمثل تدخل محكمة العدل الأوروبية بالنسبة لمثل هؤلاء المرضى مزيدا من العوائق في وصولهم إلى الرعاية.

قارن ذلك بمقاربة المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان. في قضية سنتجيس (Sentges) ضد هولندا، عانى رافع الدعوى من مرض ضمور بالعضلات (Duchenne Muscular Dystrophy).

رفض صندوق التأمين الصحي التابع له هذا المريض تحمل تكلفة تركيب ذراع روبوت في كرسيه المتحرك ليحسن من قدرته على الاستقلال الذاتي. صدر حكم محكمة لوكسمبورج برفض قبول الدعوى. نص الحكم على أنه:

> .. يجب النظر إلى التوازن العادل الذي يجب أن يقام بين مصالح الأفراد المتنافسة مع مصالح الجماعة ككل وإلى الهامش الواسع من التقدير الذي تتمتع به الدول في مجال تحديد الخطوات الواجب اتخاذها لضمان التوافق مع التعاهد... هذا التقدير هو الأوسع حينما تشمل القضايا- كما في القضية الحالية- تقديرا للأولويات في سياق تخصيص موارد الدولة المحدودة.
>
> من زاوية ألفة الدولة مع مطالبات نظام الرعاية الصحية التابع لها إضافة إلى التمويل المتوافر للوفاء بهذه المطالبات، تحتل السلطات الوطنية وضعا أفضل للقيام بهذا التقدير أكثر من المحكمة الدولية(٣٩).

وذلك محل تفضيل بشكل واسع. أي نظام للرعاية الصحية يتجاهل حقيقة أن الاستثمار في بعض المرضى قد يعني منع الاستثمار عن البعض الآخر، يستحق الإدانة. معاملة رعاية الصحة العمومية مثل الحق في أن تشتري ثلاجة منزلية هو خطأ جسيم. بدلاً من ذلك، نحن في حاجة إلى مقاربة تدرك بشكل واعٍ احتياجات الآخرين وتقيم توازنا بينها.

تقدم حقوق الرعاية الصحية وضعا نموذجيا لمناقشة أكثر المشاكل المستعصية على الحل شدة والتي تنشأ في هذا القطاع. ولقد اقترحت أنه من الممكن إدراك تلك الحقوق بأحسن شكل بواسطة التمييز بين الحقوق "الإجرائية" وتلك "الواقعية"، وبعمل ذلك، ننتقل إلى ترقية "المساواة" بين الناس، أكثر من ترقيتنا "لحرية" الأفراد. وتلك هي الأفكار التي تمثل ركائز التضامن الاجتماعي؛ فهو يقوم على أساس "نظام" يرقي بحقوق العلاج المتساوي بالتعادل مع احتياجات الآخرين. ولحدود ما، يتعلق مفهوم التضامن بالأخلاقيات المؤسسية المطلوبة لترقية التماسك الاجتماعي. وبدأ المقال

---

(39) App no 27667/02.

بشـرح الحاجة إلى إجراءات عادلة ومعقولة لتخصيص الموارد[40]، ولكننا نحتاج إلى فهم أعظم، لكلّ من "نظرية الحقوق" التي يقوم على أساسـها النظام، و"الممارسـات العملية" التي يقوم بها داخل نظام رعاية صحية عصري. على سبيل المثال، في وادي نهر التايمز، بناء على الأفكار التي ناقشناها أعلاه، أسسنا إطار عمل أخلاقيا من خلاله يجـب إجـراء تقييم للقدرة على الوصـول إلى موارد نظام الخدمات الصـحية الوطني المحدودة أصلاً، وفي ظل هذا الإطار، يوجد (حاليا) ١٠٨ أطباء يسترشدون بسياسات تدلهم على متى وكيف يجب تطبيق أساليب العلاج المعينة[41].

لا يمكـن أن يكون التضـامن في الرعاية الصـحية مجرد فكرة حـول منح المحاكم حقوقا ومنافع واقعية لمرضى بعينهم. بل إن التضامن يتعلق بنظام قوي من الأخلاقيات المؤسسـية قادر علـى طمأنة المجتمـع والجماعات بأنـه يدرك الحاجة إلـى البت في الاختيارات الصـعبة بين المطالب المتنافسة، ويمتلك نظرة سليمة نحو احتياجات الفرد ويعد بالاسـتجابة إلى مصاعب تخصـيص الموارد بطرق تسـمح بعلاج نزيه وعادل ومستمر للمرضى.

---

(40) N. Daniels and J. Sabin Setting Limits fairly – Can we Learn to Share Medical Resources? (Oxford: Oxford University Press, 2002).

(41) C. Newdick, "Accountability for Rationing – Theory into Practice" (2005) 33 Law, Medicine and Ethics (2005) 33, p. 660 and the Thames Valley Ethical Framework and its application by the Berkshire Priorities Committee, www.berkshire.nhs.uk/priorities/tools/policydisplay.asp.

الجزء الثالث:
الحصول على الرعاية الصحية في أمريكا الشمالية والجنوبية

الفصل الخامس

حقوق الرعاية الصحية في كندا: ميراث قضية كاولي (Chaoulli)

كولين فلود وسوبيت خافيير (Colleen Flood and Sujith Xavier)

المقدمة: ميراث كاولي

قرار المحكمة العليا الصـادر في ٢٠٠٥ والمتعلق بقضية "كاولي ضد المدعي العام لمقاطعة كويبك"(١) هو أكثر الحالات ذات الشـأن التي واجهت حقوق الرعاية الصحية فـي كندا خلال العقد الأخير. وشـق هـذا القرار طريقه إلى قلب نظـام الرعاية الطبية الكندي (Medicare) متحديا مبدأ وجوب تخصـيص الرعاية الصحية على أساس قاعدة "من يحتاج" وليس "من يستطيع الدفع". ولّدت القضية سلسلة استجابات على مستوى السياسات العامة وكذلك موجة من التقاضي بنفس الصلة، وسوف نفحصها معا أدناه.

كان بيت القصـيد في حالة "كاولي"، هو المشـروعية الدسـتورية لقوانين مقاطعة كويـك. تحظر هـذه القوانين "وهي مماثلة للقوانين القائمة فـي خمس مقاطعات كندية أخرى"(٢) تعاقد شـركات التأمين الخاصـة مع أطبـاء وخدمات مستشـفيات متعاقدين مع التأمين الصـحي العام. يستهدف هذا القانون، في ارتباطه مع قوانين أخرى، منع ازدهار قطاع التأمين الصحي الخاص في مجال الرعاية الطبية الضرورية. في قضية "كاولي"، المتقاضـيان هما الدكتور "كاولي"، الطبيب الفرنسي الأصل الذي أحبطته القيـود الحكومية التي تحد من قدرته على ممارسـة مهنته كقطـاع خاص، و"جورج زليوتيس"، المريض الذي يبلغ من العمر سـتة وسـبعين عامـا ويعاني من مرض في

---

(1) Chaoulli v. Quebec (Attorney General), [2005] 1 S.C.R. 791, 2005 SCC 35.

(2) C. Flood and T. Archibald, "The Illegality of Private Health Care in Canada", Canadian. Medical Association Journal 825 (2001), Ibu (6).

مفصل الفخذ وفي القلب، والذي كان عليه أن ينتظر تسعة أشهر؛ حتى تُجرى له عملية في مفصل فخذه. اعتقد السيد "زليوتيس" أنه يستطيع تمويل جراحة لفخذه في القطاع الخاص لو سمحوا له بشراء تأمين صحي خاص. خاب مسعى "كاولي" و"زليوتيس" عند كل من مستوى تقديم طلب بذلك ومستوى تقديم الالتماس ولكنهما حققا نجاحا فى إثارة الجدل في قضيتهما أمام المحكمة الكندية العليا.

في هذا القرار، قال حكم المحكمة العليا: إن قوانين مقاطعة كويبك التي تمنع شراء تأمين خاص، في مواجهة قوائم الانتظار الطويلة للعلاج في القطاع العام، تنتهك الضمانات الموجودة في "ميثاق كويبك لحقوق الإنسان والحريات". رفضت القاضية المساعدة "ديشامب"، بأغلبية ضئيلة (٣ من ٤ أعضاء)، ادعاء حكومة كويبك بأن القانون الذي يحظر التأمين الصحي الخاص ضروري لحماية القطاع العام في نظام الرعاية الصحية[٣]. لكن لأن قرار الأغلبية اختص فقط "بميثاق كويبك للحقوق والحريات" وليس "بميثاق كندا للحقوق والحريات"، لم يسقط قرار المحكمة مباشرة القوانين المثيلة أو المعادلة في مقاطعات كندا الأخرى. وهذا يعني، مثلاً، أن القوانين في المقاطعات الأخرى، مثل "ألبرتا" أو "أونتاريو"، التي تمنع شراء تأمين صحي قطاع خاص تظل شرعية ،لأن قرار "كاولي" يُطبق مباشرة فقط على كويبك. نتج ذلك من أن قرار القاضية "ديشامب" لم يستند على مطالب "الميثاق الكندي" الذي يُطبق على كل المقاطعات الكندية. كان مبرر القاضية هو أن ما كشفته في ميثاق "كويبك" يتصل اتصالا كبيرا بالقضية. ورغم ذلك، اتفق قضاة الأغلبية الآخرون -القاضي الرئيس ماكلاكلان والقاضي ميجور والقاضي باستاراك- في الرأي مع القاضية ديشامب فيما يتعلق بميثاق كويبك ولكنهم وجدوا أيضا ما يدعم مطالب الطبيب والمريض في الميثاق "الكندي". انتهى هؤلاء القضاة الثلاثة إلى أن هذا القانون كان "استبداديا" ولهذا يخرق القسم السابع من "الميثاق الكندي" ولا يمكن حمايته بواسطة القسم الأول من "الميثاق". ووجد قضاة الأقلية الثلاث أن قانون كويبك الذي يحظر

(3) C. M. Flood, "Chaoulli's Legacy for the Future of Canadian Health Care Policy", Osgoode Hall Law Journal, 273-310 (2006) 2, p. 273-310.

التأمين الصحي الخاص لا يخرق أيا من ميثاق كويبك ولا الميثاق الكندي.

أصبحت النتيجة النهائية هي أنه في مسألة "الميثاق الكندي" الحاسمة -وبالتالي دستورية القوانين المماثلة في باقي المقاطعات- انقسمت المحكمة إلى ثلاثة قضاة مع وثلاثة قضاة ضد. وتعني هذه العقدة أن الراغبين في مقاضاة القوانين المماثلة في المقاطعات الأخرى يجب أن يقدموا على إعلان تحديهم لكل تشريع في مكانه على حده.

يسود عدم اليقين. وليس واضحا ما إذا كانت المحكمة العليا سوف تقبل بطرح هذه القضية أمامها مرة أخرى أم لا، ومتى سيكون ذلك، خصوصا أن عددا من أعضاء محكمة "كاولي" قد تقاعدوا -فقط سبعة أعضاء من التسعة أعضاء المعتادين- وقد استمعوا للمرافعات[٤].

في هذه الدراسة، نضع أولا الأساس المنطقي لقرار الأغلبية في قضية "كاولي" والنقد الموجه للافتراضات/الاستنتاجات المتضمنة في صميم هذه الحجج. ثم نناقش رد فعل حكومة كويبك البارع سياسيا على هذا القرار المثير للخلاف، وهي الاستجابة التي اتخذت شكل "الورقة البيضاء" و"القانون ٣٣". للوهلة الأولى، بدت استجابة حكومة كويبك على قضية "كاولي" أنها تجعل قانون التأمين الصحي الخاص أكثر ليبرالية. ولكنها فعلت ذلك فقط بالنسبة لثلاثة تدخلات نوعية وقامت بتخفيض ذى شأن لأي حوافز تساعد على شراء التأمين الصحي الخاص بوضع تدابير في نظام الرعاية الصحية العام للحد من طول فترة الانتظار في مجال هذه التدخلات النوعية الثلاث. أحدثت هذه الاستجابة السياسية الذكية توازنا بين الحاجة إلى تلبية قرار المحكمة العليا مع الحاجة إلى حماية نظام الرعاية الصحية الممول من القطاع العام. ومع ذلك، كما ناقشناه، ربما تتعرض هذه الاستجابة البارعة للخطر مع تغير الظروف السياسية، وخصوصا في حالة انتخاب "حركة كويبك الديموقراطية"، حزب المعارضة الرسمي

---

(٤) القاضي ماجور تقاعد واستبدلوه بالسيد القاضي رونشتاين ومؤخرا جدا تقاعد القاضي باستاراك.

الجديـد فـي كويبك. وأخيرا، لقد استكشـفنا كيف أثار "كاولي" عبر كنـدا إلهام أنواع واسعة من الدعاوى المختلفة في شأن الرعاية الصحية تقوم على أساس حقوق الميثاق. ونناقش ثلاثة أنواع من القضـايا: الأول: قضـايا الميثاق التي قفزت إلى الصدارة بعد نزاع كاولي من أجل توسـيع سـبل الحصـول على الرعاية الممول مـن المال العام؛ وثانيا: قضـايا الميثاق التي تسعى (على شاكلة قضية كاولي) إلى تحرير اللوائح الحالية وفتح النظام الصـحي لمزيد من التمويل الخاص؛ وثالثـا: التحديات القائمة في القانون الخاص، كقانون "وقوع الضرر" على سبيل المثال، في مواجهة القيود الموجودة في نظام الرعاية الصحية الممولة من المال العام.

منطق كاولي(٥)

وجد القاضـي الرئيـس ماكلاكلان، و القاضـي ماجورج -بالتعاون مع القاضـي باستاراك- أن القانون الذي يمنع التأمين الصحي الخاص خلق عمليا وضع احتكار(٦). بكلماتهم فإن "هذا الوضـع قد قلص بفعالية قدرة الوصول إلى الرعاية الصحية الخاصة إلا للأغنياء فاحشي الثراء، الذين يستطيعون تحمل تكلفة الرعاية الصحية الخاصة دون اللجوء إلى التأمين". "هذا الاحتكار العملي، في وجود شواهد عليه، يتسبب في إرجاء بدء تلقي العلاج وهو ما يؤثر سـلبا على أمن شـخص المواطن"(٧). لذلك، "عند فرض وضع حصري ومن ثم فشل القطاع العام في تقديم رعاية صحية ذات مستوى مقبول، وخلال زمن معقول، تخلق الحكومة ظروفا تدفع إلى تطبيق مبادئ الميثاق"(٨).

---

(٥) تحليل القرار الذي صدر لصالح كاولي مأخوذ بشكل واسع من الأعمال المبكرة لواحد من المؤلفين التاليين:
C. M. Flood, ibid., p. 273-310. See also C. M. Flood et al (ed), Access to Care, Access to Justice: The Legal Debate over Private Health Insurance in Canada (Toronto: University of Toronto Press, 2005).

(٦) يجب على القارئ أن يتذكر أن كاولي، وماكلاكلان وماجورج وباستاراك متضامنا، تضامنوا مع القاضية ديشامب حول ميثاق كويبك مما جعل قرار ديشامب يحوز الأغلبية. ومع ذلك وجد ما كلاكلان وماجور (وباستاراك بالتضامن) أن االميثاق الكندي يلبي دعاوى المستأنفين أيضا.

(7) Chaoulli, [2005] 1 S.C.R. 791 at 66

(8) Ibid

هناك فرضيات أو استنتاجات ضمنية في رأي القضاة الذين يرون عدم دستورية قانون حظر التأمين الصحي الخاص. تتعلق هذه الفرضيات أو الاستنتاجات بحيوية تمويل القطاع الخاص وتمويل القطاع العام وكيف تؤدي هذه النظم الصحية المختلفة وظائفها. وسوف نفحص ونرد بالحجة أدناه على تلك الفرضيات/الاستنتاجات الأربع.

الاستنتاج الزائف الأول: ينتج عن "الاحتكار" التأميني للقطاع العام قوائم انتظار

يفترض الاستخدام المهين لكلمة "احتكار" من قبل القضاة الذين يشكلون أغلبية أعضاء المحكمة وجود منفعة ما أو تربح لوصف الأسلوب الكندي في تمويل الرعاية الصحية. الهدف الحقيقي لهذا الأسلوب هو نقيض التربح أو خلق الاحتكار تماما، وحرفيا هو ضمان القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية لكل الكنديين على أساس الاحتياج وليس القدرة على الدفع.

على أية حال من الواضح عند مراجعة أوقات الانتظار في البلدان الأخرى أن وجود أو عدم وجود "الاحتكار الكندي" لشركات التأمين الصحي للحالات الطبية الضرورية لا يرتبط بوجود قوائم انتظار أو أوقات انتظار طويلة. لا يوجد في البلدان الأخرى احتكار للتأمين الصحي، ومع ذلك لدى العديد منها مشاكل ذات وزن، تتمثل في أوقات الانتظار، وغالبا تطول أوقات الانتظار بشكل أكثر سوءا إلى حد بالغ من تلك التي يعانيها النظام الصحي في كندا. فعليا، البلدان التي تسمح بوجود شريحة مزدوجة أو موازية لتأمين صحي قطاع خاص مثل تلك التي يبحث عنها أصحاب قضية كاولي -على شاكلة نيوزيلندا، وأستراليا وأيرلندا والمملكة المتحدة- تعاني كلها من مشكلة قوائم انتظار مزمنة. لا يوجد دليل يدعم "افتراض" أغلبية قضاة المحكمة بأن احتكار القطاع العام للتأمين الصحي بالنسبة للحالات الضرورية طبي وهو المسبب لقوائم الانتظار.

الاستنتاج الزائف الثاني: حرية شراء تأمين صحي خاص تختصر أوقات الانتظار في القطاع العام

الفرضية المطروحة ضمنا في منطق أغلبية قضاة المحكمة هي أن السماح بتغطية

الخدمات الضرورية طبي وبواسطة التأمين الصحي الخاص سوف يؤدي إلى انخفاض أوقات الانتظار في القطاع العام. والحدس الذي يكمن خلف هذه الفرضية هو أن بعض الطلب على القطاع العام سوف يتخفف بانتقاله إلى السوق الخاص الموازي/ البديل. المشكلة هي أن أسواق الرعاية الصحية لا تسير إلى هذا النحو، لأن العرض فيها بالمعايير الاقتصادية ليس مرنا. يستنفذ تعليم الأطباء والممرضات والمهنيين الصحيين الآخرين، وتدريبهم زمنا طويلا ومبلغا عظيما من المال، وهؤلاء الذين انتهوا من تدريبهم وعملهم لا يستطيعون العمل على هذا القدر من الساعات الطويلة يوميا. والوقت الذي ينفقه الطبيب في العمل بالقطاع الخاص هو الوقت الذي لا يستطيع الطبيب إنفاقه في القطاع العام. دون وجود زيادة ذات وزن ملحوظ في عدد العاملين بالمهن الصحية في كندا -وهو ما سوف يستدعي استثمارات أكبر من الإنفاق العام- أو دون وجود زيادة ذات وزن في إجمالي ساعات العمل، نشوء وازدهار قطاع خاص موازٍ/بديل لا يعني سوى إجمالي أوقات عمل أقل ينفقها العاملون في المهن الصحية نظم القطاع العام التي تعالج المرضى[٩].

المشكلة الأخرى هي أن -على ما يبدو- أغلبية قضاة المحكمة يتخيلون ثبات الاحتياجات الطبية بينما في الواقع هذه "الاحتياجات" تتوسع في نظام القطاع الخاص، وبالتالي لو أن حصة من هذه الاحتياجات الثابتة تخضع للعلاج في القطاع الخاص سوف ينقص الطلب على القطاع العام.

العلاج الذي كان في السابق يُعتبر رفاهية أو غير ضروري فعليا، أصبح "احتياجا" في القطاع الخاص. والنتيجة هي أن القضايا التي كانت لا تلقى أولوية في القطاع العام سوف تُعالج الآن في القطاع الخاص بواسطة عاملين كانوا سيقومون بعلاج مرضى أكثر احتياجا في نظم الرعاية بالقطاع العام. طبعا من المنطقي أن نتساءل

(٩) نعترف أنه ربما تنشأ بعض الزيادة في الإنتاجية كما يحدث في حالة عدم قدرة الإخصائيين/الجراحين واقعيا العمل بكامل طاقتهم لقلة الوقت المتوفر نتيجة نقص عدد الأسرة في المستشفيات مثلاً. ولكن مدى تأثير ذلك ليس معروفا.

لماذا يجب منع شــخص ما من شــراء علاج طبي إذا كان هذا ما يرغبه. وبعد كل شيء وحتــى لــو كان العلاج باهــظ الثمن وذا نفع بسـيط إلا أنه ينبغي أن يكــون الفرد حرا فــي إنفــاق ماله أو مالها كمــا يختار؟ وبالطبع إلـــى حدود معينة يســمح النظام الكندي بذلــك عندما يعتبر بعض أنواع العلاجات "ليســت ذات ضــرورة طبية" -مثل التلقيح الاصــطناعي، وجراحات التجميل إلخ-. ولكن التبرير الأولي لمنع ازدواجية نشــوء قطاع خاص للرعاية "التي تفرضها الضرورة الطبية" هو ضرورة أن تقوم بها موارد بشــرية محدودة - جراحونا، وإخصــائيونا، وأطباء الأسرة والممرضات والعاملون الآخرون بالمهن الطبية الممول تدريبهم بالمال العام - وأنهم من ثم لا يقدمون الرعاية لمرضى القطاع العام.

الاستنتاج الزائف الثالث: النظام الكندي نشاز

يصف أغلبية قضاة المحكمة كندا كنشاز بين باقي بلدان العالم لمنعها التأمين الصحي الخاص من تغطية خدمة المستشــفيات والأطباء الأساسية. ولكنهم لا يقرون بأن تأمين القطاع الخاص يلعب فعلا دورا ذا شــأن كبير، تحتل كندا باستمرار المرتبة الثالثة بين بلــدان منظمــة التعاون والتنميــة (OECD) فيما يتعلق بالمدى الذي يذهــب إليه التأمين الخاص في تمويل نظام الرعاية الصحية[10]. الجانب الذي تختلف فيه كندا بوضوح عن بقية بلدان العالم -ومن ثم ست مقاطعات فقط من ضمنهما كويبك قبل قضية "كاولي"- هو منع تغطية التأمين الصحي الخاص لخدمات المستشفى والأطباء "الضرورية طبيا". لكن المرء لا يستطيع أن يختزل نظام الرعاية الصحية الكندية على قاعدة هذه الأرضية

(10) Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Health Data 2005 (Paris: OECD, 2005).

تظهر الأرقام أن التأمين الصحي الخاص في كل من فرنسا وكندا يبلغ 12.7 % من الإنفاق الصحي العام. الرعاية الصحية التي يمولها التأمين الخاص هي أعلاها في الولايات المتحدة بنسبة 36.7 %، والتي تعكس حقيقة أن التأمين الخاص هو الشكل السائد للتغطية في هذا البلد. تشير التقارير إلى هولندا، حيث يمثل التأمين الخاص فيها المكون الأول الذي يقوم بالدفع لأكثر من 30 % من السكان، بوصفها المستوى الثاني الأعلى للتمويل بنسبة 17.2 %. طبقا لإحصائيات منظمة التعاون والتنمية 2003، يمثل التأمين الصحي الخاص أقل من 10 % من الإنفاق الصحي الكلي في كل بلدان المنظمة الباقية.

وحدها ليعتبره مثيلاً للنظام في كوبا أو كوريا الشمالية[11]. يعطي النظام الكندي دورا واسعا نسبيا - فعليا- لكلّ من التمويل الخاص وتقديم الخدمة بواسطة القطاع الخاص.

ما لا تختلف فيه كندا عن البلدان الأخرى هو محاولتها كبح ازدهار دور القطاع الخاص في الرعاية الضرورية من خلال التشريعات. ونتيجة لفشل أغلبية قضاة المحكمة في الاعتراف بأن الهدف من هذه السياسة ينتشر عبر بلدان العالم، كانت عواقب قضية "كاولي" أكثر سوءا مما هو متوقع أصلا. وعلى الأخص، يفترض رأي ماكلاكلان/ماجور عدم وجود مبرر للأحكام التي تحمي نظام القطاع العام من وجود شريحة للقطاع الخاص في الرعاية الصحية، وأن ذلك قد يوفر الأساس لبعض حكومات المقاطعات حتى تلغي تشريعات مهمة، مثل حظر عمل الأطباء في كل من القطاع العام والقطاع الخاص في نفس الوقت.

نحن نرى أن هذا التشريع الأخير يقوم بدور أكثر أهمية في حماية القطاع العام من قوانين حظر وجود شريحة للقطاع الخاص في الرعاية الصحية والتي كانت موضوع قرار قضية "كاولي". فعليا، قضية "كاولي" هي تقريبا "خيال حقل" كما تدل الشواهد عبر حقيقة أن بعض المقاطعات -نيو برونسفيك، ونيوفاوندلاند، ونوفا سكوتيا وساسكاتشيوان- لم تحظر التأمين الصحي الخاص ومع ذلك لم يزدهر فيها نظام ثنائي. لماذا يحدث ذلك؟ نحن نرى السبب في أن التشريعات الأخرى تحدد المدى الذي يستطيع فيه الأطباء، أو يكونون فيه على استعداد، للعمل في القطاع الخاص؛ لأن المطلوب منهم هو العمل لكل الوقت أو عدم العمل لكل الوقت في نظام رعاية ممول من المال العام. ومن الواضح الجلي هو أنه إذا لم يعمل عدد مهمّ من الأطباء وعلى الأقل لجزء من الوقت في القطاع الخاص، فمن ثم لن تكون هناك خدمات للقطاع الخاص ولن تصبح مسألة التأمين الصحي الخاص جديرة بأن نطرحها للبحث[12].

---

(11) منشأ هذه المقارنة على ما يبدو راجع لما ورد بالرأي التالي:
David Gratzer, Wanted: Credible Health Care Analysis (1998) 7(2) Fraser Institute Canadian Student Review,
http://oldfraser.lexi.net/publications/csr/1998/september/health_care_analysis.html

(12) Flood and Archibald, ibid

فشـل ماكلاكلان وماجور، في تحليلهم للقسم السـابع من "الميثاق الكندي"، ذكر أن المقاطعات الكندية الأخرى وعـددا من البلدان الأوروبية تتخذ إجراءات -أقل من حظر التأمين الصـحي الخاص- لتحديد مجـال ازدواجية شـريحة التأمين الخاص. وأصـبح القاضـيان بتجاهلان هذه الحقيقة أكثر قدرة توا على رفض ادعاء حكومة كويبك بأن ذلك هدف مشـروع لسياسة عامة من أجل حماية نظام الميديكير العام من نشوء شريحة قطاع خاص بديلة. توصل القاضيان إلى ذلك عندما وصفوا طموحات كندا في هذا المقام بالنشاز مقارنـة بالبلدان الأخرى. ولو أن هذين القاضـيين قد أقـرا أن عددا من البلدان الأخرى تتخذ تدابير قانونية وسياسية لحماية القطاع العام فيها من ازدواجية وجود شريحة للقطاع الخاص في مجال التأمين الصـحي، لكان من الصـعوبة بمكان أن نصـف قانون مقاطعة كويبك - الذي يحظر التأمين الصحي الخاص- بالقانون "التعسفي"[١٣].

الاستنتاج الزائف الرابع: وصف نظام الرعاية الطبية (Medicare) الكندي بالتخلف

وصـل القاضي الرئيسي ماكلاكلان والقاضـي ماجور (والقاضي باستاراك ضمنا) إلى الاستنتاج الملعون، بأن السلطات التشريعية الأخرى التي "لا تفرض احتكارا" تقدم لمواطنيهـا خدمات طبية متقدمة ومن الممكن تحمل نفقاتها اقتصـاديا مقارنة بالخدمات المتوفرة في كندا في الوقت الحاضر"[١٤]. يُعتبر هذا الاستنتاج في نظر محللي السياسات الصحية استنتاجا يحبس الأنفاس؛ حيث إن صعوبة مقارنة الأنظمة الصحية المختلفة أمر موثّق ومعروف جيدا[١٥].

---

(١٣) قلل القاضي الرئيس ماكلاكلان والقاضي ماجور من المزيد من شأن الحجج الحكومية، والدليل الذي ساقه الشهود الخبراء) حول الأثر المدمر لشريحة القطاع الخاص على نظم القطاع العام وبدا أنهما لا يصدقان أن هبوطا سوف يحدث عند السماح بشريحة للقطاع الخاص في التأمين الصحي.

(14) Chaoulli, [2005] 1 S.C.R. 791 at 78.

(١٥) على سبيل المثال، تعرضت منظمة الصحة العالمية عند وضعها النظام الصحي الكندي في ترتيب متأخر، لانتقادات أول وهلة العشوائية. ومنها إن هذا الوضع المتأخر نتيجة لعوامل مثل التحصيل التعليمي؛ بكلمات أخرى، لأن الكنديين يتلقون تعليما عاليا أرقى من المواطنين الفرنسيين مثلا يتراجع بشدة أداؤنا الممتاز في مجال الرعاية الصحية مثل مؤشرات وفيات الأطفال وتوقع البقاء على قيد الحياة – انظر:
R. Deber, "Why Did the World Health Organization Rate Canada's Health System as 30th? Some Thoughts on League Tables", 2:1 Longwoods Review 2 (2003).

أولا: فيما يخص "القدرة على تحمل النفقات اقتصاديا"، من المفترض أن القضاة لا يتحدثون من منظور فردي، حيث إن المزيد من الخصخصة ينتج عنه بالتأكيد مزيد من النفقات المباشرة التي يتحملها الأفراد سواء من خلال الاشتراكات الأولية في التأمين الصحي الخاص أو ما يدفعونه مباشرة من جيوبهم الشخصية مقابل الخدمة وهكذا تتناقص القدرة على تحمل التكلفة اقتصاديا. لذلك نحن نتصور أنهم يشيرون إلى القدرة الكلية على تحمل نفقات النظام عند قياسها بواسطة الإنفاق الكلي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي. ومن الحق هنا أن كندا تُصنف من بين أعلى عشرة بلدان من بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) بمعايير الإنفاق الكلي للرعاية الصحية(١٦)، ولكنها ليست خارج سرب البلدان الأخرى ذات الثروات الاقتصادية المماثلة. وبينما تتزايد ثروة بلد من البلدان كذلك تزداد نسبة الإنفاق الكلي من ثروتها على الرعاية الصحية – في هذا المقام تحتل كندا موقعها الذي يجب أن تحتله بمعايير الإنفاق الصحي الكلي. فعليا من منظور قومي عام يبدو أن كندا تؤدي أداء حسنا نسبيا من منظور التحكم العام في التكلفة. في ١٩٧٠، أنفقت كندا ٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية بينما في عام ٢٠٠٠ أنفقت ٩,٢٪. وعلى النقيض، في نفس الفترة الزمنية، تضاعف الإنفاق كنسبة في بعض البلدان الأخرى (في الولايات المتحدة من ٧٪ إلى ١٥,٢٪؛ وفرنسا من ٥,٣٪ إلى ١٠,٤٪)(١٧).

حقيقة أن كندا تنفق على الرعاية الصحية أكثر من بعض البلدان الأخرى، فهذا لا ينم بالضرورة عن كثير من الكفاءة. من المهم أن نعرف، إذا نحينا جانبا الإنفاق على الدواء، أن نسبة كبيرة من الإنفاق الصحي الكلي تذهب للمكافآت المدفوعة للعاملين في المهن الصحية. تدفع كندا للعاملين في المهن الصحية ذوي المهارة مرتبات أعلى من بعض الدول الأخرى. يشعر العديد فعليا أننا لا ندفع لهؤلاء العاملين ما يكفي! وهكذا،

(١٦) Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Health Data (2005)
في 2003، تراجعت كندا لمرتبة أقل من اليونان لتحتل المركز السابع بمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بمعايير الإنفاق الكلي للرعاية الصحية عند قياس نسبة الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي.

(17) OECD, Health Data (2006).

حقيقــة أننا ننفق على الصــحة في كندا أكثر -على ســبيل المثال- ممــا ينفق في المملكة المتحــدة أو نيوزيلندا. لا تعني هذه الحقيقة في حــد ذاتها أننا نبدد النقود -أو على الأقل ليس أكثر مما ينفق في أي نظام صــحي آخر-[١٨]. كل ذلك يعني أننا نكافئ العاملين في المهن الصحية لدينا بأسعار تتماشى مع مستوى ثروتنا القومية. وفشل القاضي الرئيس ماكلاكلان والقاضي ماجور أيضا في ملاحظة أن البلدان ذات معدلات الإنفاق الخاص الأعلى -وكما أشرنا ســابقا- تسجل كندا معدلات أعلى للإنفاق الخاص مقارنة بالعديد من الدول الأخرى، تسجل معدلات أعلى للإنفاق الكلي على الصحة، الخاص والعام معــا[١٩]. مثلاً، تدفع حكومة الولايــات المتحدة من المال العام بالنسـبة لكل فرد -أي دولارا حكوميا لكل شخص- أكثر مما تدفعه كندا رغم وجود أكثر من ١٤٪ من سكان الولايــات المتحــدة دون تغطية تأمينية والعديــد منهم غير مؤمن عليهم[٢٠]. والســماح بمزيد من التمويل الخاص للنظام، خصوصــا التأمين الصــحي الخاص، ســوف يزيد ولن يخفض من الإنفاق الكلي أو "القدرة على تحمل تكلفة الخدمات".

يندفــع القاضــي الرئيس ماكلاكلان والقاضــي ماجــور بجراءة للقــول إن البلدان الأخرى تقدم خدمات طبية "متفوقة" عن الخدمات المقدمة حاليا في كندا. من الصعب للمــرة الثانيــة أن نعرف ماذا يعنون حقا بقولهم هذا. قد يتصــور المــرء أنهم لا يعنون جودة الخدمات الفردية المقدمة للمرضــى بواسطة الأطباء والمستشفيات؛ لأنه لا يوجد دليل يدعم ذلك. وقد يتصــور المرء أنه من سياق حقائق قضية "كاولي" أنهم يشيرون إلى مشــكلة أوقات الانتظار، وأن تفوق السلطات الصحية الأخرى يتعلق بالافتراض المريــب أنه لا يوجد انتظــار، أو أن أوقات الانتظار هناك أقل مما هو مســجل بكندا.

(18) A. Maynard, "How to Defend a Public Health Care System: Lessons From Abroad" in C. M. Flood et al (eds.), Access to Care, supra note 5.

(19) F. Colombo and N. Tapay, Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, (2004), p. 15 OECD Health Working Papers, para. 20, http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf.

(20) Canadian Institute for Health Information, Research Reports, Exploring the 70/30 Split: How Canada's Health Care System is Financed (2005).

ولكنهم لا يدعمون هذا الاستنتاج "بأي إشارة مرجعية على الإطلاق إلى "بيانات بحثية لأوقات الانتظار في بلدان أخرى". ولو ذلك كان فعلاً، لاكتشفنا أن كندا أبعد من أن تكون وحدها في بذل الجهود الحثيثة لمكافحة مشكلة أوقات الانتظار، وأن العديد من البلدان الأخرى تكافح هذه المشكلة - خصوصا تلك البلدان التي تسمح بازدواج أو موازاة التأمين الصحي الخاص الذي يهدف إلى تقديم تغطية بالرعاية المستهدف تقديمها بواسطة نظام الرعاية الصحية العام.

استجابة حكومة كيبيك

قرار المحكمة العليا في قضية "كاولي" منح حكومة مقاطعة كيبيك فترة زمنية معينة تتلافى خلالها انتهاك "ميثاق كيبيك للحقوق والحريات"(٢١). في هذا القسم، سوف نقدم عرضا عاما لاستجابة كيبيك على ذلك -بمعايير التقرير الحكومي التفصيلي [White Paper] ومن ثم التشريع اللاحق في شكل القانون ٣٣- ونفحص تبعات التغيرات الأخيرة في السلطة السياسية -خصوصا انتخاب تحالف كيبيك الديموقراطي كمعارضة رسمية- التي سوف يكون لها على الأرجح تأثير طويل المدى على مستقبل نظام الرعاية الصحية في كيبيك.

التقرير التفصيلي والقانون ٣٣

استجابة لقرار المحكمة العليا في قضية كاولي، وضعت السلطات في كيبيك أولا "تقريرا تفصيليا"(٢٢) ثم مررت لاحقا القانون ٣٣: "قانون تعديل قانون الخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية والبنود التشريعية الأخرى"(٢٣). القانون ٣٣، المؤسَّس بشكل

---

(21) Chaoulli, [2005] 1 S.C.R. 791

(22) Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Quebec), Guaranteeing Access: Meeting the Challenges of Equity, Efficiency and Quality (Quebec City: Government of Quebec), http://publications.msss.gouv.qc.ca/

(23) An Act to amend the Act respecting health services and social services and other legislative provisions, R.S.Q., ch.43 (2006).

واسـع على مـا ورد بالتقرير التفصـيلي للحكومة، يعدل بنود عدد مـن اللوائح القانونية التنفيذيـة المختلفة التي تتعامل مع الرعاية الصـحية[٢٤]. دعا التقرير التفصـيلي إلى خلق ضمانات لوقت الانتظار -نناقشها أدناه- ومع ذلك لم يضع القانون ٣٣ ضمانات واضحة لوقت الانتظار، وهكذا لا يمتلك مرضى كيبيك حقوقا قانونية للعلاج، في التوقيت المناسب داخل القطاع العام. ولكن القانون ٣٣ وفر تدابير لتحقيق أهداف وقت الانتظار، وعلى الأخص نحت سـبلاً لدور أكبر للقطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصـحية -في معارضـة للتمويل الخاصـ- ومع ذلك، وفر القانون حرية اقتصـادية محـدودة لتقليل الحظر على بيع وشراء تأمين صحي خاص في ثلاثة مجالات نوعية:

ضمانات وقت الانتظار

تحدث التقرير التفصـيلي -وهي ورقة مقدمة للنقاش- الذي سـبق القانون ٣٣ عن نوعين من الضمانات:

ضـمان وقت انتظار لا يتجاوز ٣ أشـهر لخدمات علاج الأورام بالأشعة، وجراحـات السـرطان، ورعايـة القلـب المتقدمة. وفـر التقرير التفصـيلي للمريض الذي ينتظر أكثر من ثلاثة أشـهر قدرة الحصول على الرعاية بعيادة خاصة أو خارج كيبيك ويدفع المال العام التكلفة.

ضـمانة وقت انتظار لا يتجاوز ٦ أشـهر لجراحات مفصـل الفخذ والركبة والمياه البيضـاء. يضـمن التقرير التفصـيلي للمريض الذي ينتظـر أكثر من ٦ أشـهر أن تدفـع الحكومة تكلفة علاجـه في العيادات الخاصـة. ولو انتظر المريض أكثر من تسعة أشهر فمن حقه تلقي العلاج خارج مقاطعة كيبيك على نفقة المال العام[٢٥].

---

(24) Hospital Insurance Act, R.S.Q. c. A-28, Health Insurance Act, R.S.Q. c. A-29, Medical Act, R.S.Q. c. M-9 and Health services and social services, An Act respecting, R.S.Q. c. S-4.2.

(25) Library of Parliament, Parliament Information and Research Services, Economics Division, Duplicate Private Health Care Insurance: Potential Implications for Quebec and Canada (2006), http://www.parl.gc.ca/information/library/.

رغم حديث التقرير التفصيلي عن "ضمانات" لأوقات الانتظار، لم يقدم القانون ٣٣ أي ضمانات واضحة. يبدو أن خطة حكومة كيبيك هي اتباع مقاربة المملكة المتحدة في عدم تقديم ضمانات لأوقات الانتظار في القانون ولكنها تضع بالأحرى أهدافا لوقت الانتظار باعتبارها مستهدفات إدارية للمستشفيات واللاعبين الآخرين داخل نظام الرعاية الصحية العام عليهم تحقيقها. وبالتالي، ما زال أهل كيبيك لا يمتلكون حقا قانونيا نوعيا في تلقي العلاج في التوقيت المناسب داخل نظام الرعاية الصحية العام.

ورغم عدم تقديم القانون ٣٣ لحقوق قانونية واضحة للعلاج في التوقيت المناسب، فإنه يقدم عددا من التدابير في محاولة لتحقيق مستهدفات وقت الانتظار.

أنشأ القسم السابع والقسم الثامن من القانون ٣٣ آليات مركزية لإدارة قوائم الانتظار بواسطة المستشفيات في حالات الخدمات المتخصصة وعالية التخصص. يصبح مدير الخدمات المهنية مسئولا عن ضمان إدارة كل قسم إكلينيكي قوائم الانتظار لديه وفقا لذلك[٢٦]. إضافة إلى ذلك، يجب أن يكتب المدير التنفيذي لكل مستشفى تقريرا عن كفاءة الآلية ويرفعه إلى مديري الهيئة[٢٧].

وعند وجود أوقات انتظار طويلة لخدمة من الخدمات الطبية النوعية المتخصصة في منطقة من المناطق، يمنح القانون ٣٣ أيضا السلطة لوزير الصحة أن يتخذ تدابير لتنفيذ إجراءات بديلة لتخفيف الضغط وضمان استمرار مستويات معقولة من الانتظار[٢٨].

(26) An Act to amend the Act respecting health services § 7 & 8

(27) M.-C. Premont, Wait Time Guarantee for Health Services: An Analysis of Quebec's Approach (Translation by Bob Chodos and Susan Joanis) Vol. 47 (3) Les Cahiers de Droit, 539 (2006).

(28) An Act to amend the Act respecting health services § 17 (1).-

حرية اقتصادية محدودة لتخفيف القانون الذي يمنع بيع وشراء تأمين صحي قطاع خاص

يفترض حكم المحكمة في قضية "كاولي" عدم وجود مبرر لحظر التأمين الصحي الخاص في الرعاية الطبية الضرورية. بوضوح لم تقتنع حكومة كيبيك بوجهة نظر أغلبية قضاة المحكمة وبينما يرفع القانون ٣٣ الحظر عن التأمين الصحي الخاص، فهو إنما يفعل ذلك في ثلاثة مجالات فقط (خدمات جراحات الفخذ، والركبة والمياه البيضاء في العين). ولو استطاعت حكومة كيبيك النجاح في تحقيق مستهدفات أوقات الانتظار التي وضعها التقرير التفصيلي فيما يتعلق بخدمات جراحات الفخذ والركبة والمياه البيضاء، فمن غير المرجح أن سوقا ذا وزن قد ينمو للتأمين الصحي القطاع الخاص لتغطية العلاج في هذه المجالات الثلاثة. لماذا تشتري تأمينا صحيا قطاع خاص إذا كان العلاج في التوقيت المناسب داخل نظام الرعاية الصحية العام مضمونا؟

كانت حكومة كيبيك، مع أخذها في الاعتبار فحوى رأي أغلبية القضاة، تستطيع الرد على قرارها في قضية "كاولي" بإعطاء ضمانات لأوقات انتظار عدد قليل من الخدمات وتسمح للتأمين الصحي الخاص بتغطية الخدمات الباقية كلها أو كانت ببساطة تستطيع الرد بالتحرير الاقتصادي لقانون بيع وشراء تغطية تأمينية قطاع خاص دون اتخاذ أي خطوات لتحسين أوقات انتظار المرضى الذين يستخدمون نظام الرعاية الصحية القطاع العام. اختارت الحكومة ألا تفعل ذلك وحررت فقط قانون التأمين الصحي الخاص ولكن "فقط" بالنسبة للخدمات المحدد لها الآن مستهدف لطول وقت الانتظار لا تتخطاه -عمليات الفخذ والركبة ومرض المياه البيضاء في العين- وهكذا استجابت الحكومة لقرار الأغلبية في قضية "كاولي" بمعايير -تبدو لأول وهلة- السماح بدور أعظم للتأمين الصحي الخاص ولكنها قطعت بمهارة الطريق على نمو حقيقي وذي شأن.

شريحة من التأمين الخاص تكون مزدوجة/موازية للتأمين الصحي العام، حيث إنه إذا ما نجحت حكومة كيبيك في تحقيق أهداف أوقات الانتظار لجراحات الفخذ والركبة

والمياه البيضــاء فمن ثم لن يتطور تأمين صــحي خاص. تُظهر سياسات حكومة كيبيك التي جاءت كاســتجابة لقرار المحكمة اختلافا مع رأي أغلبية قضــاة المحكمة في قضية "كاولي" بأن التأمين الصحي الخاص سيكون علاجا لمشاكل أوقات الانتظار في نظام الرعاية الصــحية العام. بدلا من ذلك كانت استجابة حكومة كيبيك ردا متوازنا؛ يتطلع إلى الاســتجابة لمشــاكل طول أوقات الانتظار ولكنه يسـعى إلى حل المشكلة أوليا في سياق تحسين كفاءة نظام الرعاية الصحية العام.

يستهدف القانون ٣٣ أيضا ضمان عدم الدعم المالي ضمنيا لخدمات التأمين الصحي الخاص بواسـطة نظام التأمين الصحي العام والتأكد من كفاية عدد الأطباء العاملين في نظام الرعاية الصحية العام. وهكذا كل الخدمات المتعلقة بالجراحات أو العلاجات التي يمولها التأمين الصحي الخاص يجب أن تُقدم من خلال مراكز طبية متخصصة يعمل بها فقط أطباء لا يشاركون في أنشـطة خطط التأمين الصحي العام (أطباء "مُنتَقون")[٢٩]. وأكثر من ذلك، أي تأمين خاص مزدوج "يجب أن يغطي كل خدمات الدعم الســابق علــى الجراحــة وما بعد الجراحــة وإعادة التأهيــل والرعاية المنزلية، وتخضــع لأي خصومات معمول بها"[٣٠].

دور أكبر لعيادات القطاع الخاص داخل القطاع العام

يضع قانون ٣٣ تصورا لدور أوسع لعيادات القطاع الخاص بمعايير "تقديم" الخدمة بمعنيين، الأول: توفير طاقات إضافية لنظام التأمين الصحي العام وثانيا: السماح بقليل من زيادة مســاحة النافذة الضيقة التي كانت موجودة ســلفا لتشغيل شريحة موازية من التأمين الخاص[٣١].

---

(29) An Act to amend the Act respecting health services § 7 & 8.

(30) M. Giguere, Mercer Human Resource Consulting Communiqué : Québec Improves Specialized Access and Provides Limited Private Health Insurance Access, (2007), /http://www.mercerhr.com

(31) Premont, supra note 27.

المقصـود بالمعنى الأول: توفير طاقات إضافية لنظام التأمين الصحي العام، إن لم يتحقق مستهدف وقت الانتظار المحدد لجراحات الفخذ والركبة والمياه البيضاء، ولهذا ربما يصبح على المستشفى أن يدخل في ترتيبات معينة مع العيادات الخاصة –المصطلح الذي يستعمله القانون ٣٣ هو "العيادات الطبية المشتركة"- لإجراء العلاج. لكن على شـريطة أن تكون الأغلبية في ملكية هذه العيادات لأطباء كيبيك وألا يسـتحوذ على أي سهم من أسهمها منتج أو موزع لسلع أو خدمات تتعلق بالصحة، ويحتاجها مريض من مرضى هذه العيادات في أي وقت من الأوقات. أيضا لا تستطيع هذه العيادات الخاصة التـي يُدفَع لهـا من المال العام، أن تتلقى أموالا خاصـة مقابل خدمات لازمة طبيا ولا تسـتطيع أن تحدد أسـعارا أعلى مما يدفعه المريض عادة في مستشـفيات القطاع العام مقابل نفس الخدمة[٣٢].

إضـافة إلى العيـادات الطبية المشـتركة –وهي عيادات خاصـة تعمـل كامتدادات لمستشـفيات قطاع عام ويُدفع لهـا من المال العام- هناك أيضـا الآن اعتراف قانوني بعيادات خاصـة أخـرى يعمل بها أطباء مُختـارون تُمول من المـال الخاص؛ إما عن طريق الدفع المباشـر من الجيب الشخصـي أو التأمين الصحي الخاص من أجل إجراء جراحات الركبة والفخذ والمياه البيضاء. هذه العيادات الخاصة هي قائمة الآن فعلا في كيبيـك؛ الاختلاف الكبيـر الوحيد هو الاعتراف القانوني بها وحقيقة أنها تسـتطيع تلقي تمويل محدود من التأمين الصـحي الخاص. ولكن كما ناقشـنا مبكرا، إذا ما استطاعت الحكومة تحقيق ضمانات أوقات الانتظار المحددة سلفا لجراحات الفخذ والركبة والمياه البيضـاء، لن يكون هناك على الأرجح نمو ذو شأن في سوق التأمين الصحي الخاص وهكـذا، من غير المرجـح أن ينمو بدرجة ذات مغزى دور للعيـادات الممولة بالمال الخاص.

لحد ما وبشـكل غريب، التوقعات بدور أعظم "لتقديم" الخدمة الصـحية بواسـطة القطاع الخاص في كندا، زادت إن لم تتفوق على التوقعات بدور أعظم لتمويل القطاع

(32) Giguere, Ibid

الخاص[٣٣]. فإذا ما تم حينئذ تمويل عيادات القطاع الخاص بالكامل بواسطة المال العام، فذلك لن يثير أي قلق بشأن الإنصاف. ولكن ما زال هناك الكثير من الجدال حول التأثيرات النسبية لأنواع تقديم الخدمة الصحية من القطاع العام والقطاع الخاص غير الهادف للربح والقطاع الخاص الهادف للربح على أمان وجودة الرعاية المقدمة ولكن الأمر أبعد من أن يكون محسوما بأن التعاقد الخارجي مع العيادات الخاصة، إلخ. وفي السياق الكندي سوف يؤثر سلبيا على جودة الرعاية المقدمة. ورغم أن ذلك لا يقال صراحة في العادة، يثور كثير من القلق حول الأثر الناتج من العيادات الخاصة على أجور وظروف عمل هؤلاء الذين يعملون داخل هذا القطاع وأيضا الأثر الناتج على القوة التفاوضية لتلك البقية الباقية من العاملين داخل مستشفيات القطاع العام.

من المهم جدا ملاحظة أن حكومة كيبيك حتى اليوم تتعهد بأن الأطباء الذين يعملون في القطاع العام يجب أن يكونوا موظفين ١٠٠٪ داخل منظمات القطاع العام ولا يستطيعون أيضا تقديم خدمات ضرورية طبيا في القطاع الخاص. وإذا ما رغب أحد الأطباء في تقديم خدمة علاجية ممولة من المال الخاص -حيث يُدفع له بواسطة شركات التأمين القطاع الخاص أو من الجيب الشخصي مباشرة- فمن ثم عليه أن يخرج من العمل في مؤسسته بالقطاع العام والعمل منفردا داخل القطاع الممول بالمال الخاص. وهذا مهم حيث إن ذلك يعود بنا إلى نقطة أسبق وهي أن سوق الرعاية الطبية يتميز بطاقته الاستيعابية المحدودة؛ حيث إنها خدمة غالية الثمن وتستغرق العديد من السنوات لإنتاج وتدريب طبيب مؤهل لتقديم الرعاية الصحية. اشتراط عمل الأطباء فقط للقطاع العام الصحي أو اختيار ممارسة العمل فقط للقطاع الخاص، يجعل من الصعوبة بمكان أن تجد عيادات القطاع الخاص قوة عمل رخيصة مدعومة ماليا من القطاع العام؛ لتقديم الخدمات الصحية الخاصة وهذا بدوره يضمن أن قوة العمل القائمة -التي يتحمل المال العام وحده تكلفة تدريبها بشكل رئيسي- هي قوة مكرسة أوليا للعمل في نظام الرعاية الصحية العام.

(33) See, for example, M.-C. Prémont, "Crunch Time for Public Health Care in Quebec", The Toronto Star, Friday, November 17, 2007, at A21.

برنامج الحركة الديمقراطية لكيبيك(*)

شـهدت انتخابـات مقاطعة كيبيك فـي ٢٠٠٧ صـعود الحركـة الديمقراطية لكيبيك كمعارضـة رسـمية لحكومة الأقلية الليبرالية. وأثناء جولة الانتخابات، كانت قضـايا الرعاية الصـحية– وعلى الأخص قضـية أوقـات الانتظار– مكونا محوريـا للبيانات السياسـية للأحزاب الثلاثة الكبرى. انتهزت كتلة كيبيك والحركة الديموقراطية لكيبيك قرار المحكمة في قضـية "كاولي" كنافذة للهجوم على مقاربة الليبراليين في سياسـات الرعاية الصـحية. علـى الليبراليين الآن، كحكومة أقليـة، التفاوض مع أحد الحزبين الآخرين على الأقل من أجل تحقيق سياساتهم(٣٤).

ادعـى البرنامج الرسـمي لحـزب الحركة الديمقراطيـة في كويبيك أنـه "بعد حكم المحكمة العليا أن نظامنا الحالي للرعاية الصحية ينسف كرامة المواطنين، يختار وزير الصحة الحفاظ على النظام كما هو قائم الآن، دون الإمساك بفرصة التغيير التي منحها إياه الحكم في قضية "كاولي"(٣٥). هرول البرنامج الانتخابي أيضا خلف الفكرة الخاطئة بأن كندا تأخذ وضـعا مماثلا لكوبا وكوريا الشـمالية بمعايير الوضع الاحتكاري لنظام تأمينها الصـحي، مهملا الإشـارة إلى احتلال كندا بشـكل ثابت للمركـز الثالث عالميا فيما يتعلق بأهمية تمويل التأمين الخاص لنظامها الصـحي! (٣٦) بالرجوع إلى التزامات الحركة الديمقراطية في كيبيك، أعلن الحزب قائمة بعدد من الوعود الرئيسـية تضمنت علاجا في حـدود أوقات انتظار معقولة، وإعطاء أولوية لتطوير نظام صـحي مختلط حقا، وما هو أكثر أهمية، السـماح للأطباء بممارسـة عملهم فـي كل من القطاع العام

(*) Action démocratique du Québec (ADQ)

(٣٤) جاءت نتائج انتخابات مقاطعة كيبيك كالتالي: حزب كيبيك الليبرالي: 48 مقعدا، والحركة الديمقراطية لكيبيك: 41 مقعدا، وحزب أهل كيبيك: 36 مقعدا؛ في المجلس الوطني لكيبيك، http://www.assnat.qc.ca/eng/Membres/index.html

(35) Action démocratique du Québec, Au Québec on passe a l'action (Party Platform, 2007), http://www.adq.qc.ca/accueil.

(36) OECD, Health Data, (2005).

والقطاع الخاص.[٣٧] تعكس هذه السياسـات إما افتقاد الحركـة الديمقراطية لكيبيك أو فهمها المحدود لتعقيدات نظم الرعاية الصحية؛ خصوصا القوى المحركة لتمويل وتقديم الخدمـة في كلٍّ مـن القطاعين العام والخاص أو- وهو الأسـوأ- دعم الحزب لتوزيع الرعاية الصـحية بمزيـد من الكرم للأغنياء فـي تعارض مع هـؤلاء الذين يحتاجونها أعظم احتياجا.

بالتأكيد توجد في اسـتجابة حكومة كيبيك لقضـية "كاولي" بذور سوف تسمح بالنمو الفعلي لشـريحة قطاع خاص موازية. وكما لاحظت ماري - كلود بريمون، سـوف يكون من السـهل بدرجة كافية بالنسبة للحكومة أن تزيد من عدد الخدمات التي يغطيها التأمين الصـحي الخاص. تخشـى بريمون أيضـا من أن تمويل القطاع العام للعيادات المجمعة والاعتراف القانوني الرسمي بالعيادات الممولة بالقطاع الخاص سوف يصبح منحدر الهبوط؛ الذي سوف يهوى بكيبيك إلى نظام الشريحتين العامة والخاصة.[٣٨]

فـي ٢٥ مايـو ٢٠٠٧، عينت حكومة كيبيـك مجموعة عمل لفحصـ بدائل التمويل العـام لنظام الرعاية الصـحية في المقاطعـة. ترأس المجموعة كلود كاسـتونجواي، الوزير الليبرالي السـابق. كانت السيدة جوان ماركوت، ممثلة للحركة الديمقراطية، وميشـيل فن، ممثلة لحزب أهل كيبيك. خرجت مجموعة كاستنجواي بتوصيات أقوى لتمويل وتقديم الرعاية الصـحية بواسـطة القطاع الخاص[٣٩] وقد أوصـت، فيما يتعلق بالإعلان السياسـي للحركة الديمقراطية في كيبيك، بأن يُسـمح للأطباء بالعمل للقطاع العام وزيادة دخلهم بالعمل في القطاع الخاص. كان أهل كيبيك يعتبرون كاستنجواي

---

(37) Action démocratique du Québec, Au Québec on passe a l'action (Party Platform, 2007), http://www.adq.qc.ca/accueil.

(38) Premont, supra note 27 at 23

(39) "s Worth Getting our Money" Task Force on the Funding of Health System, Government of Quebec, 2007), available at http://www.financementsante.gouv.qc.ca/: City, The Toronto Star, June , "Quebec set to pry lid off medicare", groupe/index.asp; Hebert/en available at http://www.thestar.com/printArticle/221191, 2007,04.

فيما سبق أبًا للرعاية الطبية (Medicare) هناك، ولكنه حدث تحول في أفكاره وأصبح معروفا الآن بأنه المحامي الذي يدافع عن مزيد من خصخصة تمويل وتقديم الرعاية الطبية. ومع التسليم بدوره القيادي الذي يلعبه في الحياة السياسية في كيبيك، إضافة إلى رغبته السياسية في الخروج باقتراحات مقبولة للحركة الديمقراطية في كيبيك، ربما يعتقد المرء أن اللجنة سوف تمتلك تأثيرا قويا بعيد المدى على السياسات العامة. ومع ذلك رفضت الحكومة الليبرالية بشكل واسع تقرير لجنة كاستنجواي، خصوصا توصياتها السماح، للأطباء بتلقي أجورهم من نظام القطاع العام وممارسة العمل الخاص إلى جانب ذلك. مضى وزير الصحة والخدمات الاجتماعية فيليب كويار إلى مدى أبعد بتصريحه أن "المقترح بالصورة التي عرضها التقرير من الصعب تنفيذه بل ويستحق الانتقاد..."، نعتقد أن من الصعب تطبيق مثل هذا الإجراء وأيضا محل انتقاد..."[٤٠]

الحق في الرعاية الصحية

يؤمن الكنديون غالبا بأن لهم حقوقا في التمويل العام للرعاية الصحية، وأن "القانون الصحي الكندي" هو مصدر هذه الحقوق. ولكنهم مخطئون. ويضع التشريع الفيدرالي، "قانون الصحة الكندي (CHA)"، معايير وشروطا في ظلها تتدفق الأموال الفيدرالية إلى المقاطعات دعما لخطط التأمين الصحي التي تطبقها كل مقاطعة. يطلب قانون الصحة الكندي فعليا من المقاطعات أن توفر التغطية بأول دولار لكل الخدمات "الضرورية طبيا" التي تقدمها المستشفيات والأطباء؛ ولكن ذلك لا يقيم حقوقا "مستقلة" للكنديين في العلاج الذي يقدمه القطاع العام. ويعود ذلك بشكل واسع لإرادة الحكومة الفيدرالية أن تختار تنفيذ بنود قانون الصحة الكندي أم لا.

توفر بعض المقاطعات في تشريعاتها "حقوقا" في الرعاية الصحية، ولكنها عادة ما تفتقر للمضمون، حيث إنها حقوق "للخدمات التأمينية" أو للخدمات "اللازمة طبيا"،

(40) R. Dutrisac, "Couillard did non!", Le Devoir, February 20, 2008, available at http://www.ledevoir.com/2008/02/20/176941.html.

تاركة الاختيار للهيئات الحكومية لتحدد ما هو "التأميني" أو ما هو "الضروري طبيا"[41]. وإذا لم تكن في هذا التشريع حقوق معينة بالتحديد في الرعاية الصحية المقدمة في توقيتها المناسب، يصبح في الإمكان رغم ذلك الرجوع إلى مصدرها في الدستور. ومع ذلك، رغم أن بعض الأكاديميين يعتقدون أن هناك مجالا داخل القسم السابع من "الميثاق" تنبع منه حقوق في الرعاية الصحية الممولة من المال العام، أي حقوق إيجابية[42]، لم تبد المحكمة العليا استعدادا لتكتشف مثل هذه الحقوق، ولو حتى على سبيل المثال في حالة العقاقير التي تنقذ الحياة[43]. ومع ذلك، حيثما تتكفل أي حكومة بتقديم بعض أشكال الرعاية الممولة بالمال العام، قد يصبح مطلوبا من هذه الحكومة أن تتبع القسم الخامس عشر من "الميثاق" لتقدم هذه الرعاية دون تمييز[44]. وهكذا، على سبيل المثال، في حالة "إلدريدج"[45]، اعتبرت المحكمة العليا، رفض حكومة كولومبيا البريطانية تمويل خدمات الترجمة لمن يعاني من ضعف السمع داخل المستشفيات، تمييزا ومناقضًا للقسم الخامس عشر من "الميثاق". كان المنطق وراء هذا هو أنه من أجل الحصول على نفس الرعاية اللازمة طبيا داخل المستشفى يستطيع الأشخاص الذين يعانون من متاعب السمع الحصول علي الرعاية على نفقة

---

(٤١) مثلا، بنود 5 و6 و13 من قانون "احترام الخدمات الصحية والاجتماعية في كيبيك" تنص بوضوح على أن لكل فرد الحق في الخدمات التأمينية الضرورية طبيا – لكنها كلها تلتف حول تعريف "الضرورية طبيا" والعملية التي تصبح من خلالها في وضع تعتبر به خاضعة للتأمين القطاع العام. عموما انظر:
C. M. Flood (ed.), Just Medicare: What's In, What's Out, How We Decide (Toronto: University of Toronto Press, 2006).

(42) M. Jackman, The Implications of Section 7 of the Charter for Health Care Spending in Canada, Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion paper 31 (2002).

(43) Brown v. British Columbia (Minister of Health), (1990) 42 B.C.L.R. (2d) 294

(44) Section 15: (1) Every individual is equal before and under the law and has the right to the equal protection and equal benefit of the law without discrimination and, in particular, without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability. (2) Subsection (1) does not preclude any law, program or activity that has as its object the amelioration of conditions of disadvantaged individuals or groups including those that are disadvantaged because of race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability; Part 1 of the Constitution Act, 1982, Schedule B to the Canada Act 1982, c. 11 (U.K.).

(45) Eldridge v. British Columbia (Attorney General), [1997] 3 S.C.R. 624

الحكومة ولهذا تصبح خدمات الترجمة مطلوبة[٤٦]. إلا أن النجاح فيما يتعلق بمطالبات القسم الخامس عشر في الرعاية الصحية كان نجاحا محدودا. على سبيل المثال، في "أوتون"[٤٧] رفضت المحكمة العليا القضية التي رفعها آباء أطفال صم من أجل تمويل علاج "لوفاس" وفي "كاميرون"[٤٨]، لم ينجح زوجان عقيمان في كسب قضية من أجل تمويل عملية طفل أنابيب.

كانت قضية "كاولي" تحديا مستقرا في القسم السابع من "الميثاق" ينص على الحق في الحياة والحق في الحرية والأمن للأشخاص. لم يحاول تطبيق هذا النص أن يدافع عن الحق الإيجابي في العلاج في التوقيت المناسب داخل نظام الرعاية الصحية العام الذي ينتفع به كل الكنديين. بل دافع الذين قاموا بتطبيقه عن أنه مع العلم بوجود أوقات انتظار طويلة، لا تستطيع الحكومة منع الأفراد من شراء تأمين صحي خاص. كانت مطالب المدعين فعليا هي المطالبة بحق "سلبي"؛ الحق في ألا تقف في طريقهم سياسة حكومية. كانت قضية كاولي هي المرة الأولى فيها قضية على هذا المنوال أمام المحكمة العليا الكندية، منذ قضية مورجنتالر –القضية التي تناولت القيود والموانع الحكومية على الإجهاض– والتي ينجح فيها القسم السابع فيما يتعلق بالرعاية الصحية أمام المحكمة العليا الكندية. وخلق القرار في قضية "كاولي" عددا من التحديات "للميثاق" سوف نناقشها فيما بعد.

التقاضي في الصحة كحق: جولة عبر البلد

فيما تبقى، سوف نفحص باختصار ثلاثة أنواع من آخر التحديات التي تواجه نظام الرعاية الصحية الكندي: يطالب "الميثاق" بقدرة أعظم على الوصول إلى الرعاية

---

(46) Cameron v. Nova Scotia (Attorney General), (1999) D.L.R. (4th) 6 (C.A.); Brown v. British Columbia (Minister of Health), (1990) 42 B.C.L.R. (2d) 294; Auton (Guardian ad litem of) v. British Columbia (Attorney General), (2004) SCC 8.

(47) Auton, (2004) SCC 8

(48) Cameron, (1999) D.L.R. (4th) 6 (C.A.); Brown, (1990) 42 B.C.L.R. (2d).

الصحية الممولة بالمال العام؛ وينادي بقانون خاص، وعلى الأخص تحرك طبقي عند التقصير، وهو ما قد يعطي فرصة أعظم في تحسين الأداء الكلي لنظام الرعاية الصحية لكل الكنديين أكثر من أي مزاعمَ تنادي بقانون دستوري مع الأخذ في الاعتبار المقاربة الحالية للمحكمة العليا نحو الحقوق الإيجابية الواردة بالقسم السابع.

ميثاق يطالب بقدرة أفضل للوصول إلى المنافع العامة

نشأت مجموعة من التحديات التي أثارتها قضية "كاولي" تقف في وجه الحقوق الإيجابية وفي وجه الوصول إلى الرعاية الصحية الممولة بالمال العام. وللمفارقة الحكم الصادر في قضية "كاولي"، وهي القضية التي سبحت بحمد التأمين الصحي الخاص، ألهمت المطالب بتغطية أفضل للقطاع العام. نناقش هنا واحدة من القضايا، قضية "فلورا" المرفوعة على نظام التأمين الصحي في أونتاريو[٤٩].

شخَّص الأطباء في ١٩٩٩ مرض السيد "أدولفو إيه فلورا" وهو مدرس بمدرسة ثانوية في تورنتو على أنه سرطان الكبد. بعد استشارة أطباء أونتاريو، ظهر أن السيد فلورا غير لائق لإجراء عملية زراعة كبد، وقدّروا أنه لم يتبق له سوى ستة أشهر من الحياة. رفض السيد فلورا الاستسلام لهذا المصير، وبدأ في استكشاف بدائل. في مارس عام ٢٠٠٠ وقبل عيد ميلاده الواحد والخمسين بشهر لجأ فلورا لمستشفى "كرومويل" في لندن بإنجلترا، حيث أجريت له عملية كي كيماوي للأوعية الدموية داخل الكبد وكذلك وجد إمكانية للحصول على كبد أحد المتبرعين، وهو ما قد يكلفه ٤٥٠ ألف دولار. يتضمن العلاج استئصال جزء من كبد المتبرع الحي.

فيما بعد، سعى السيد فلورا إلى تحميل التأمين الصحي في أونتاريو تكلفة علاجه في لندن[٥٠]. رفض التأمين الصحي في أونتاريو هذا الطلب بناء على أن العلاج، بناء

(49) Flora v. Ontario Health Insurance Plan, (2007) CanLII 339 (ON S.C.D.C).

(50) s. 28.4(2) of Ontario Regulation 552 of the Health Insurance Act, R.S.O., c. H.6 (1990) ("HIA").

على اللائحة التنفيذية، لم يكن معترفا به عموما في أونتاريو كعلاج مناسب وصحيح لشخص في نفس الظروف الصحية[٥١]. فيما بعد، طالب السيد فلورا بمراجعة الحكم بواسطة هيئة مراجعة واستئناف الخدمات الصحية (the Board). في نوفمبر ٢٠٠٢، أيدت الهيئة قرار التأمين الصحي في أونتاريو ورفضت قضيته. واستأنف فلورا بدوره قرار الهيئة أمام محكمة أونتاريو العليا. أجزاء قضية فلورا التي تتعلق بمناقشاتنا هنا تتصل بما إذا كانت اللوائح التنفيذية المطبقة في حالته يجب أن تسقط بوصفها لا تتوافق مع "الميثاق" أم لا[٥٢].

يفيد القسم السابع من الميثاق بأن "لكل فرد الحق في الحياة، والحرية والأمن الشخصي والحق في إلا يُحرم من ذلك إلا في حالة التوافق مع مبادئ العدالة الجوهرية". ايبشتاين جيه، مستندا إلى قضية جوسلين ضد النائب العام لكيبيك[٥٣]، يضع العناصر الثلاثة المطلوبة:

١) يجب أن تؤثر تلك اللائحة التنفيذية على إحدى المصالح المصونة للفرد (أي حياته وحريته وأمنه الشخصي).

٢) أن تصل اللائحة التنفيذية إلى مستوى حرمان تمارسه الدولة.

٣) إذا وجد مثل هذا الحرمان، يجب ألا يكون ذلك متوافقا مع مبادئ العدالة الجوهرية.

تداعت قضية السيد فلورا في الجزء الثاني من اختبار القسم السابع، إظهار أن ذلك يمثل حرمانًا تمارسه الدولة. وحجة السيد فلورا كانت هي أن حكومة أونتاريو،

---

(٥١) وُجد أن حالة السيد فلورا تتوافق مع معايير ميلانو. استخدم المحامون معايير ميلانو لتحديد أحقية السيد فلورا لعملية زراعة كبد من متبرع حي واستخدمها كذلك أطباء أونتاريو في قضايا متعلقة بزراعة كبد حي. والمعايير هي: 1- ورم وحيد نصف قطره أقل من 5 سم : 2- عدة أورام، أقل من ثلاثةِ في العدد، بنصف قطر لا يتجاوز 3 سم؛ 3- عدم وجود دليل على انتشار في الأوعية الدموية أو دليل على انتشار خارج الكبد.

(52) Flora, 22 CanLII 339, (ON S.C.D.C.) (2007).

(53) Gosselin v. Quebec (Attorney General), (2002) 4 S.C.R.

بإقرارها ملحق ١٩٩٣ في اللائحة المذكورة، ضيّقت الظروف التي يتعتبر فيها العلاج خارج البلاد خدمة يغطيها التأمين الصحي، وبهذا يمكن تمويلها من المال العام. ادعى فلــورا أن ذلك يرقى فعليا إلــى أن يكون تقييدا لمنفعة كانت متاحة في زمن يســبق هذا الملحق الذي نتج عنه انتهاك للقســم الســابع. ورفض ايشــتاين جيه هذا الادعاء وميّز الحقائــق في هذه القضــية عن حقائق قضــية "كاولــي"، ملاحظا أن القضــية الأخيرة تناولــت حظرا حكوميا على التأمين الصــحي الخاص، وهو ما يزعــم أنه مثل حرمانا للفرد من فرصة تجنب تأجيل في الحصول على العلاج قد يهدد حياته. إلا أنه في حالة فلــورا، لم تتخذ الحكومة مثل هذا الإجــراء، حيث إن اللائحة محل النظر لم تقيد الفرد بأي طريقة من تأمين الرعاية الصحية الممنوحة له أو ترتيب علاج لحالته في الأسواق الخاصــة(٥٤). ورغــم أن قضــية كاولــي تتناول الحق فــي أن تكون حــرا من التدخل الحكومي عند شــراء التأمين الخاص –حقا سلبيا– فإنها توسس الصلة بين الحرمان من أشــكال ضروريات الحياة الأساســية والحقوق الجوهرية. وجادل لورنس وسان بأن قضــية كاولي ذاتها تبدو قضية رجعية في حمايتها فقط لحقوق أولئك المستحقين والذين يطيقون تحمل تكلفة شــراء تأمين صــحي خاص، إلا أنها رغم ذلك قد تكون مفيدة في كونها تلعب دور الوسيط الذي ييسر تغيرا تقدميا(٥٥). افترضت قضية "فلورا" أن قضية كاولي لا تمتلك التأثير الذي يأمله سوسان وآخرون – على الأقل ليس بعد – ويجب أن ننتظر قضــية أكثر تأثيرا؛ لننظر ما إذا كان القسم السابع سوف يتطور أصلا لاحتضان الحق في تمويل العلاج المطلوب من المال العام.

مطالبات بقدرة أكبر في الحصول على الرعاية الخاصة:

إضافة إلى المطالبات بتمويل العلاج من المال العام، هناك العديد من القضايا تنتظر حكما على شــاكلة الحكم في قضــية "كاولي" تتحدى القيود المفروضــة على اســتخدام التأمين الصــحي الخاص ومشــاكلها أكثر تعقيدا، وتتحدى قوانيــن أخرى تحمي نظام

(54) Flora, 174 (2007) CanLII 339, (ON S.C.D.C).

(55) C. M. Flood et al, Access to Care, supra note 5

الرعاية الصحية القطاع العام من الآثار السيئة لوجود منظومة قطاع خاص موازية مثل القانون الذي يحظر على الأطباء المتعاقدين مع "الميديكير" العمل الخاص في الحالات ذات الضرورة الطبية. وحظوظ هذه القضايا في النجاح أعلى كثيرا جدا من حظوظ قضية مثل قضية فلورا الذي يطالب بتمويل المال العام لحالته؛ حيث إن هذه القضايا تعتمد مباشرة على سابقة الحكم في قضية "كاولي" في مقابل حقوق الوصول إلى أسواق التأمين الصحي الخاص. ولو نجحت هذه الجهود سيكون لهذه التحديات تبعات عميقة على مستقبل السياسة الصحية في كندا. سوف نناقش قضيتين جاريتين عبر محاكم ألبرتا وأونتاريو.

وليام موراي وآخرون ضد الملكة وآخرين

هذا التحدي الناشئ في ألبرتا يدور حول وليام موراي البالغ من العمر ٥٧ عاما، والذي شخّصه الأطباء كحالة "فصال عظمي" (osteoarthritis) شديدة في مفصل فخذه الأيسر، وهو ما يتطلب إما عملية استبدال كامل أو جزئي للمفصل. وطلب السيد موراي الحل الثاني؛ لأنه يتضمن استئصالا لجزء أقل من العظام. قوبل طلب السيد موراي بالرفض؛ لأنه طبقا لسياسة منطقة كالجاري الصحية (Calgary Health Region) يجب إجراء العملية الجزئية لمن هم أقل من ٥٥ عاما فقط.

وطبقا لما هو وارد بنص القضية، لجأ السيد موراي إلى إجراء الجراحة الجزئية في مركز جراحي خاص (Health Resource Centre). ويقال إن المركز الجراحي وافق على إجراء الجراحة في البداية ثم قام بإلغائها بسبب الضغوط التي تعرض لها من منطقة كالجاري الصحية. وبعد عدة تعقيدات في الموقف، سافر السيد موراي أخيرا إلى كيبيك؛ ليجري العملية هناك، بنفقات تجاوزت ٢٢ ألف دولار.

ربط نص القضية بين خطين من الحجج، أولهما: وهو مماثل لمنطق قضية "كاولي"، يسعى للحصول على قدرة أعظم على الوصول إلى العلاج الخاص، وثانيهما: وهو مماثل لقضية "إلدريدج وأوتون، ... إلخ"، يسعى لضمان عدالة أعظم "داخل" تقديم خدمات نظام الرعاية الصحية العام.

خــط الدفــاع الأول هو أن قانون التأمين الصــحي في ألبرتا[56] يحظــر تقديم تأمين صحي تجاري للخدمات الصحية الأساسـية لسكان ألبرتا الذين يتمتعون بتغطية صحية قطاع عام. الادعاء هو أن ذلك يمنع السـكان فعليا من الحصــول على رعاية صــحية خــارج النظــام الذي تديره الحكومة. تدعي القضــية أن نقص التغطيــة ورفض تقديم الخدمة (الجراحة الجزئية) من قبل منطقة كالجاري الصــحية، يرتقي إلى خرق للقسم السابع من ميثاق "الحقوق والحريات" الكندي للحد الذي يحرم السيد موراي من حقه الشخصي في الحياة والحرية والأمن وبطريقة لا تتوافق مع مبادئ العدالة الجوهرية. ومــع ذلك، لا يتحدى نص القضــية فقط القانون المحدد الذي يحظر التأمين الصــحي الخاص ولكن النص يسعى أيضا إلى إعلان أن كل بنود هذا القانون التي تخلق "احتكارا فعليا" يجب إعلان أنها غير دستورية وغير ملزمة وغير ذات أثر.

يقوم خط الدفاع الثاني على أساس مزيد العدالة "داخل" نظام الرعاية الصحية العام وخصوصــا عدالة القرار بتحديد الحصــول على "جراحة الاستبدال الجزئي للمفصل" بناء على السن.

وفي هذا المقام، اســتند الدفاع على القســم الخامس عشــر من "الميثاق" الكندي، حماية متساوية ومنفعة متساوية من القانون دون تمييز بسبب السن، والادعاء بأن مثل هذه الحقوق قد خُرقت بوضــع حدود ســن عند إجراء جراحة اســتبدال جزئي للمفصل داخل نظام الرعاية الصحية القطاع العام.

وهذه القضــية مثيرة على نحو خاص؛ حيث إن المتقاضــين يصورون حدود السن لإجــراء جراحة الاســتبدال الجزئي لمفصــل الفخذ على أنه معيار وضــعته الســلطات الصحية بينما هو في الواقع معيار طورته جمعية جراحي عظام ألبرتا كدليل استرشادي إكلينيكــي، ولهذا الســبب لم يتمكن الســيد موراي من إجراء الجراحــة حتى في مركز جراحة خاص. تســري الأدلة الاسترشادية الإكلينيكية ســواء جرى العلاج في منشأة

(56) Alberta Health Care Insurance Act, R.S.A. 2000 c. A-20

قطاع عام أم خاص. فإذا كان قرار الحكومة أو أي هيئة حكومية هو عدم تغطية الجراحة الجزئية لمفصل الفخذ بالتأمين الصحي لمن هم أعلى من ٥٥ عاما، أي أنه غير لازم طبيا، فمن ثم لن يكون هناك سبب معقول في النموذج الكندي يفسر لماذا لا تُجرى مثل هذه الجراحة في القطاع الخاص. بكلمات أخرى، سوف يكون أصعب للمتقدم بطلب الحصول على الخدمة أن يزحزح موقفه إذا ما ثبت أن حد السن ناتج عن معيار إكلينيكي وليس قرارا يستهدف تخصيص الموارد. كما أن قضية موراي مثيرة للاهتمام في أن طلب المدعين الأولي بإعلان إسقاط كل البنود التي تخلق "احتكارا فعليا" وإعلان أنها غير دستورية هو طلب عريض جدا فعلا. وحيث إن القضية ما زالت جارية، علينا أن ننتظر لنرى ما إذا كان سوف يسقط المتقاضون القانون الذي يمنع الأطباء من العمل في نفس الوقت في كل من القطاع العام والخاص وهو -كما ناقشناه سابقا- جزء حاسم من التشريع الذي يحمي تكامل النظام الصحي العام.

قضية ماكريث وهولمز ضد حكومة أونتاريو

قضية أخرى مماثلة ومنظورة أمام المحاكم هي قضية السيد ماكريث والآنسة هولمز اللذين يواجهان إطار العمل المنظم للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الخاصة في أونتاريو حيث يدعيان أن هذه اللوائح تكاد تعرض حياتهما للخطر.

نص القضية مُسجل في محكمة العدل العليا بتاريخ الخامس من سبتمبر ٢٠٠٧ وخرج النزاع إلى العلن بوصفها قضية تهم الرأي العام. يدعي المتقاضيان أنه في الثاني من يناير ٢٠٠٦، بدأ السيد ماكريث يعاني نوبات تشنج وشخصه الأطباء على أنه ورم بالمخ. وأسس الإخصائي تشخيصه للورم على أنه ورم حميد بناء على أشعة مقطعية ورفض الأمر بعمل أشعة بالرنين المغناطيسي (MRI). طلب طبيب الأسرة الذي يتبعه السيد ماكريث إجراء أشعة الرنين المغناطيسي ولكنهم أخبروه أن عليه الانتظار لمدة أربعة أشهر. ونتيجة لطول وقت الانتظار، سجلت الأسرة نفسها في شركة خدمات البدائل الطبية السريعة Timely Medical Alternatives Inc؛ ومقرها فانكوفر، وهي شركة غرضها الأول مساعدة المرضى في الحصول على خدمات طبية خاصة.

ورتبت الشـركة إجراء الرنين المغناطيسي للسـيد ماكريث في مدينة بافلو بنيويورك، وأكد الرنين المغناطيسـي أن ورم المخ هو فـي الواقع ورم خبيث، لذلك أحال طبيب الأسـرة السـيد ماكريث إلى أحد الإخصـائيين الآخرين؛ الذي أكد تشخيص بافالو. ثم أحال هذا الإخصائي السيد ماكريث إلى جراح أعصاب، ولكن إجراء الجراحة لم يكن متوافـرا إلا بعد انتظار ثلاثة أشـهر. ذهب السـيد ماكريث معتمـدا على مدخراته مرة أخرى إلى بافالو لاستئصـال الورم الذي شخصوه له على أنه ورم من الدرجة الثانية (grade II astrocytoma).

فيمـا يتعلق بالآنسـة هولمز، ورد بنصـ الدعوى أنها تعاني منذ زمن من مشـاكل بالغـدد الهرمونية وبـدأت معه معاناة من الصـداع وعيوب في الإبصـار من مارس ٢٠٠٥. حـاول طبيب الأسـرة الخاص بهـا إحالتها إلى طبيب أعصـاب وطبيب غدد هرمونية. واجهت الآنسـة هولمز، مثلما واجه السـيد ماكريث، أوقات انتظار طويلة حتى يتم فحص وتقييم حالتها: ما يزيد على أربعة أشـهر لزيارة إخصـائي الأعصـاب وما يزيد على سـتة أشهر لزيارة إخصـائي الغدد الهرمونية. استطاعت إجراء فحص بالرنين المغناطيسـي في السـادس من مايو عام ٢٠٠٥، أظهر ورمًا قطره نحو ٨-٩ مليمترات يقع بين تقاطع العصـب البصـري والغدة النخامية. اختبار المجال البصري الـذي أجراه أحد فنيي قياس البصـر أشـار إلى فقدان للإبصـار بدرجة محسوسـة في كلا العينيـن. ورغـم كل هـذه الأعراض، لم تسـتطع الآنسـة هولمز زيـارة أي من الإخصـائيين الاثنين المطلوبين لها، وبالتالي بدأت في البحث عن مشورة طبية خارج النظام الصـحي الكندي من أجل علاج حالتها. اسـتطاعت الحصـول على تقييم حالتها طبيـا في مايـو كلينيك بولاية أريزونا حيـث أخبرها الإخصـائيون أن الأعراض التي تعانـي منها ناتجة عن كيس ليفي مملوء بسـائل بالقرب من الغـدة النخامية (Rathke's cleft cyst) يضـغط على تقاطع العصب البصـري أكثر من كونه ورمًا. عادت الآنسة هولمز إلى أونتاريو بهذا التشـخيص وأخبروها أنها سـوف تمر بمزيد من الفحوصات والاستشـارات مع إخصـائي أعصاب. قررت الآنسـة هولمز، وهي تواجه خطر فقد إبصـارها بل وربما خطر الموت ذاته، العودة إلى أريزونا لاستئصـال هذا الكيس في الأول من أغسطس ٢٠٠٥.

وحتى تاريخه، يرفض التأمين الصحي في أونتاريو الطلب الذي تقدم به السيد ماكريث لسداد نفقات علاجه على أرضية أنه لم يحصل على إذن مسبق كما تقضي التعليمات واللوائح، قبل تلقيه علاجا في الخارج. وكذلك رفض التأمين الصحي طلب الآنسة هولمز تسديد نفقات خدمات العلاج التي حصلت عليها خارج البلاد؛ لأن جراح الأعصاب في أونتاريو لم يوص بالعلاج السابق على الجراحة التي أجريت لها.

وفي تحد كاسح لنظام الرعاية الطبية العام (medicare)، يدعي السيد ماكريث والآنسة هولمز أن الأقسام ١٤(١) و١٤(٢) و١٥(١) و١٥(٢) و١٥,١(١) و١٥,١(٢) من قانون التأمين الصحي[٥٧] والقسميان ١٠(١) و١٠(٣) من قانون الالتزام بمستقبل الرعاية الطبية عام ٢٠٠٤[٥٨] والقسميان ٣(٣) و(٣,١) من قانون المنشآت الصحية المستقلة[٥٩]، كل هذه الأقسام تنتهك الحق في حياة وأمن الأشخاص كما يضمنه القسم السابع من الميثاق الكندي. يحظر القسمان ١٤(١) و١٤(٢) من قانون التأمين الصحي شراء تأمين خاص على أي خدمة يغطيها نظام التأمين الصحي العام في أونتاريو، بينما يطلب القسم ١٥,١ من الأطباء تقديم فواتيرهم عن أي خدمات يغطيها التأمين إلى الهيئة مباشرة[٦٠]. يحظر القسم العاشر (١) من "قانون الالتزام بمستقبل الميديكير" على الأطباء فرض أو قبول مبالغ أو أي منافع أخرى أكثر من المقدار الذي حدده برنامج التأمين الصحي في أونتاريو (OHIP). القسم العاشر (٣) من القانون يتطلب أن يتقاضى الأطباء فقط ما يُدفع مقابل الخدمات المُؤمَّن عليها من مستشفى عام أو كما تحدده اللوائح التنظيمية في "الظروف الموصوفة وفي الحالات الموصوفة"[٦١].

(57) Health Insurance Act, R.S.O. 1990, c. H.6.

(58) Commitment to the Future of Medicare Act, S.O 2004, c.5

(59) Independent Health Facilities, R.S.O. 1990 c.H.6

(60) Health Insurance Act, R.S.O. 1990, c. H.6.

(61) Commitment to the Future of Medicare Act, S.O 2004, c. 5

سوف تكون حجة المطالبين بالحق هو أن حظر الفواتير المباشرة، والفواتير الزائدة، والتأمين الصحي الخاص ومراكز أشعة الرنين المغناطيسي غير منسجم مع القسم السابع من الميثاق، بل والأكثر لا يمكن تبرير مشروعيته طبقا للقسم الأول من الميثاق. ومن حيث الجوهر فحجة المطالبين هي عدم وجود صلة عقلانية بين الحظر وبين المستهدف السياسي، مما يجعل هذه اللوائح التنظيمية تعسفية وضد مبادئ العدالة الجوهرية. استخدم السيد ماكريث والآنسة هولمز حجة أن هذه البنود تنكر على سكان أونتاريو سبل الوصول إلى الخدمات الطبية التي لا غنى عنها في التوقيت المناسب، وتتسبب في معاناة نفسية وبدنية لا لزوم لها، وتزيد من خطر حدوث مضاعفات وضرر مستديم والوفاة.

تثير هذه الدعوى العديد من القضايا. وقد أثارت الحقائق كما نشرتها وسائل الإعلام مسألة هل من الممكن أم لا رفع دعوى في القانون الخاص (سوء الممارسة الطبية) ضد إخصائي قرر أوليا أن السيد ماكريث لا يستحق أولوية في العلاج؟ وهل يجب أم لا إحالة هذا المريض إلى جراح بقائمة انتظار أقصر أو اختراق طابور جراح الأعصاب المحال إليه مع العلم بطبيعة حالته. وبالمثل، مع العلم بالاحتمال الوشيك لفقد نور العين؛ على المرء أن يتشكك في قرار جراح أعصاب الآنسة هولمز عدم وضع أولوية لرعايتها. ولو أن هذه التصرفات الخاصة تطلق مزيدا من الأسئلة المثارة حول هل ستكون الحجة التي يدافع بها هؤلاء الأطباء المتورطون في هذه الحالات عن مواقفهم هي محدودية الموارد. والقضية الأخرى ذات الأهمية هي تحدي القانون في أونتاريو - الملحق الأخير - الذي يحظر على معظم الأطباء تقديم الخدمات الطبية الضرورية في القطاع الخاص -القسم العاشر (٣) من قانون الالتزام بمستقبل الميديكير- وهذا القانون يمضي لأكثر مما تمضي إليه القوانين في المقاطعات الأخرى التى تطلب من الأطباء إما أن يكونوا داخل القطاع العام أو خارجه؛ فالقانون في أونتاريو يجنِّد الأطباء فعليا في الخدمة العامة. والمقاطعات الأخرى ببساطة تجعل العمل في القطاع الخاص أقل ربحية أو تعيق إمكانية بيع وشراء خطط تأمين صحي خاص للرعاية الطبية الضرورية. ربما مرت حكومة أونتاريو بأوقات أصعب لمواجهة هذا التحدي؛

لأنه بالضبط كما في قضية حظر التأمين الصحي الخاص لن يكون ممكنا الذهاب إلى المحكمة والإشارة إلى أن البلدان الأخرى تتبنى نفس التدابير. ومع العلم بذلك سوف يكون على حكومة أونتاريو أن تقدم دليلا مؤثرا على أن هذا البند ضروري لحماية نظام الرعاية الصحية العام.

التقاضي من أجل تحسين نظام الرعاية الصحية العام

الدعاوى من أجل رعاية صحية محسَّنة: سبل الوصول، الجودة، التوقيت السليم، المستندة على أسس لها في الميثاق لم تكن ناجحة بشكل واسع، وإذا نجحت فقد أتى ذلك عموما في سياق دعاوى القسم الخامس عشر من الميثاق الذي ينادي بالمساواة في العلاج مع احترام البرامج الحكومية القائمة مثلاً، دعوى إلدريدج من أجل توفير خدمات الترجمة للصم حتى يستطيعوا الوصول إلى نفس خدمات المستشفى والأطباء التي تتوافر لمن لا يعانون من إعاقات سمعية. لم ترتق فلسفة التشريع في الميثاق إلى توفير أي حق مستقل في رعاية صحية ممولة بالتمويل العام. وفي سياق ميثاق مقاطعة كيبيك، تزودنا قضية كاولي بالحق في شراء تأمين صحي خاص، ولكنها لم تقدم شيئا لمساعدة هؤلاء الذين لا يستطيعون تحمل نفقة أو الذين لا يستطيعون شراء تأمين صحي خاص. أكثر من ذلك، لو "خرج" أناس أكثر إلى القطاع الخاص سوف تبقى أصوات أقل تحافظ على مستويات أعلى من الرعاية الصحية العامة. وهكذا أحكام مثل القرار في قضية كاولي سوف تؤدي -على المدى الطويل- إلى مزيد من تدهور مستوى نظام الرعاية الصحية العام.

في غياب استخدام الميثاق كأداة لتحسين القابلية للمحاسبة العامة في نظام الرعاية الصحية العام، ما هي الخيارات الأخرى بمعايير الدعاوى القضائية؟ وفي وقت مبكر قدم أحدنا حجة بأن دورا أكبر للقانون الإداري سوف يساعد في تحسين القابلية العامة لمحاسبة نظام الرعاية الصحية العام[٦٢].

(62) Colleen M. Flood, "Just Medicare: The Role of Canadian Courts in Determining Health Care Rights and Access". J. of Law, Medicine & Ethics, (2005) 4, p. 669–680.

على سـبيل المثال، قضـية كيبيك لشـتاين ضـد حكم مـن التأمين الطبـي - كيبيك (Regie de l'Assurance-maladie)[٦٣] وجـدت المحكمـة أن الواجب هو إعطاء مزيد مـن الاحترام لقرارات تخصـيص الموارد في الرعاية الصـحية التـي يتخذها مديرو العموم ولكن رغم ذلك الاكتشاف فإن سلطات التأمين في كيبيك قد كانت "غير معقولة بشـكل واضح" في عدم تعويضها السيد شتاين لعلاجه من السرطان في نيويورك، مع العلم بخطورة حالتـه وانتظاره للعلاج في كيبيك. ولكن إضـافة للدعاوى في القانون العام، سـواء بالاسـتناد إلى الميثاق أو القانون الإداري، هناك أيضا إمكانية للتحرك في القانون الخاص، خصوصـا بالقضايا الجماعية، لتشمل آفاق التحسينات الشاملة في نظام الرعاية الصحية العام.

أحد أمثلة هذه القضـايا هي قضـية سيلينجر[٦٤]، قضية تشـق طريقها حاليا في محاكم كيبيك. شـخَص الأطباء مرض أناهيت سيلينجر بأنه سرطان الثدي في أكتوبر ١٩٩٩ واسـتمرت تنتظر العلاج الملائم في يناير ٢٠٠٠ حصلت الآنسة سيلينجر على علاجها في تركيا بعد أن فرغ صـبرها مـن الانتظار، حيث كانت تركيا هي موطنها الأصـلي وقد كلفها العلاج ١٢ ألف دولار[٦٥]. بادرت سـيلينجر بإقامة قضـية جماعية لصالحها وعدد آخر من النسـوة يعانين من سـرطان الثدي عجزن عن تلقي العلاج بالإشـعاع المطلوب خلال فترة ثمانية أسـابيع من الجراحة[٦٦]. احتجت المدعيات بأن مستشفيات كيبيك الاثنى عشـر خرقت الالتزامات التشـريعية؛ وبذلك تصـبح مسـئولة عن "ترك مرضاها ينتظرون فوق ما توصـي به التعليمات الطبية"[٦٧]. كانت محكمة كيبيك العليا

---

(63) Stein v. Quebec (Regie de l'Assurance-maladie), (1999) R.J.Q. 2416 (Sup. Ct.)

(64) Cilinger v. Centre hospitalier de Chicoutimi, (2004) R.J.Q. 3083

(65) M. King and A. Hanes, "Quebec breast cancer patients suing hospitals: Class-action lawsuit takes aim at delays in radiation treatments", National Post,11 March 2004, available at http://www.charterhealth.ca/news/2004mar11.html.

(66) L. Hardcastle, "Case Comment: Cilinger c Centre Hospitalier de Chicoutimi", Health LawReview (2006) 3, p. 44.

(67) Ibid

قد أصــدرت فى الحــال حكما عما إذا كانت دعوى هذه القضــية الجماعية مقبولا ســير إجراءاتهــا طبقــا للمادة ١٠٠٣ من القانــون المدني في كيبيك[٦٨]. قبل جون بيشــوب، قاضي المحكمة العليا، في حكمه بوجود المكونات الضرورية في الدعوى مما يستدعي اعتبارها قضية جماعية. ومع ذلك، وبشكل مثير، وبينما كان القاضي في هذه القضية مســتعدا للتصريح بقضية جماعية ضد اثنى عشــر مستشفى عاما إلا أنه لم يرحب بقبول طلبات الشــاكين ضم حكومة كيبيك كطرف. اســتؤنف هذا القرار الأخير أمام محكمة استئنــاف كيبيك التي أيدت المحكمة العليا.

إذا كان مقدرا لقضــية ســيلينجر ضد المستشــفيات النجاح، فذلك سوف يعمل بشكل مرجح على ســرعة تلقي العلاج في التوقيت الســليم في حالات علاج السرطان، ليس فقط للأفراد المشــتركين في القضــية ولكن لكل مرضــى نظام الرعاية الصــحية العام مســتقبلا. ربما تحدث مجرد حقيقة التقاضي نفسها حدوث التحسينات بغض النظر عن مخرجات القضــية. أكثر من ذلك، ورغم عدم ضــم حكومة كيبيك للقضــية الجماعية يبدو أن التغطية الإعلامية الضــارة المحيطة بهذه القضــية وقرار قضــية شتاين قد نتج عنهما وضــع حكومة كيبيك مستهدفات لأوقات الانتظار بالنسبة لخدمات السرطان في أجندتها، وهي النتيجة التي سوف يستفيد منها كل أهالي كيبيك وليس فقط مجرد أغنيائها وموسريها القادرين على شراء تأمين صحي خاص[٦٩].

الخلاصة

مــع أن موارد الرعاية الصــحية موارد محــدودة؛ فإنه يوجد العديــد من الخدمات التي يمكن تقديمها وتوزيعها بين الســكان مع العلم بالطاقــات الموجودة -عدد الأطباء والممرضــات والمستشــفيات.. إلخ- تاريخيا، يؤمن الكنديون بمفهوم تقسيم الموارد الصــحية على أســاس الاحتيــاج وليس القدرة على الدفع. طوال العقد الماضــي شــهد

(68) Civil Code of Québec, R.S.Q., chapter C-1994

(69) Stein v. Quebec (Regie de l'Assurance-maladie), (1999) R.J.Q. 2416 (Sup. Ct.).

النظام الكندي ظهور امتداد أوقات الانتظار، وبدء تفتت الإيمان بمفهوم إعادة التوزيع من الأصحاء إلى المرضى ومن الأغنياء إلى الفقراء. يعكس قرار المحكمة العليا في قضية كاولي اهتماما متناميا خصوصا بين الطبقة الوسطى والأثرياء بأن النظام العام لن يكون متاحا عندما يحتاجون إليه ولن يقدم لهم الرعاية في التوقيت المناسب. كما يعكس القرار أيضا تجدد المقاومة المحبوسة منذ زمن طويل من جانب الأطباء ضد القيود على قدرتهم في رفع قيمة فواتيرهم للمرضى أو محاسبتهم بشكل خاص، يجب ذكر أن الدكتور كاولي كان طبيبا وليس مريضا.

عارضت مهنة الطب المنظمة ظهور برنامج الميديكير الشامل في كندا؛ في السنوات الأخيرة صمتت أصوات معارضة النظام الطبي الموحد بسبب الدعم الجماهيري القوي لبرنامج ميديكير موحد شامل. يتحدث الطب المنظم الآن مرارا وقد زادت جرأته بعد حكم قضية كاولي في صالح خصخصة أوسع. فعليا كانت الجمعية الطبية الكندية أحد المتدخلين في قضية كاولي وأصدرت مؤخرا ورقة برؤيتها، تنص على وجوب قدرة الأطباء على العمل في نظام الرعاية الصحية العام وأن يُدفع لهم مقابل تقديم الرعاية الضرورية طبيا في القطاع الخاص أيضا[70].

يجب مقاومة المقترح بشراسة؛ سوف ينتج عنه بوضوح تحول الدعم المالي للقطاع الخاص من القطاع العام وإذا لم تحكم هذا الموضوع تشريعات دقيقة. لسوف نرى هبوط عدد ساعات العمل التي يتعاقد عليها الأطباء مع القطاع العام.

في الفترة بعد حكم قضية كاولي، يولي أنصار مزيد من الخصخصة انتباههم نحو تحدي القوانين الأخرى، التي تحمي بشكل أفضل نظام الرعاية الصحية العام أكثر من اهتمامهم بالقوانين، التي تحظر التأمين الصحي الخاص. وعلى الأخص، هم يعلقون أبصارهم الآن على القانون الذي يمنع الأطباء الذين يتعاملون مع نظام الرعاية الصحية العام من التعامل أيضا مع القطاع الخاص لتقديم الرعاية الطبية الضرورية. يدرك

---

(70) Canadian Medical Association, Medicare Plus, (2007).

أنصار الخصخصة الآن أن هذا القانون فائق الأهمية في منع ازدهار نظام مزدوج عام/خاص، أكثر من الحظر المفروض على التأمين الصحي الخاص. ولهذا الحد تخطو حكومة كيبيك خطوات سريعة على هذه الجبهة، وبينما تقوم بتحرير القانون الذي يتعامل مع التأمين الصحي الخاص في ثلاثة ظروف معينة لم تقم بتحرير القانون المتعلق بالشروط التي يختار الطبيب بينها للعمل داخل النظام الصحي العام أو خارجه. أكثر من ذلك، رغم أن كيبيك حررت القانون الذي يحظر التأمين الصحي فإنها فعلت ذلك فقط فيما يتعلق بالظروف الثلاثة الخاصة، ولأن هذه الظروف الثلاثة تركز على هدف وقت الانتظار، الذي سوف يضعف دوافع شراء تأمين صحي خاص. ومع ذلك رد الفعل السياسي البارع هذا يقف كحد السكين منذ انتخاب حزب حركة كيبيك (ADQ) كمعارضة رسمية. تعيين كلود كاستونكاي كرئيس لمفوضية تنظر في مستقبل تمويل الميديكير وتوصيات المفوضية هي علامة على إمكانية مزيد من خطوات الخصخصة في كيبيك.

يتعشم المتفائلون أن حكم قضية كاولي لن يكون خطوة للوراء كما تبدو الأمور لأول وهلة وأنه سوف يلهم الحق في العلاج في التوقيت السليم داخل القطاع العام، كحق من حقوق الميثاق لكل الكنديين وليس فقط لأولئك الذين يستحقونه أو أولئك القادرين على الدفع مقابل تأمين صحي خاص. تفترض المؤشرات الأولية من قضية فلورا أن ذلك لن يكون المسار؛ الذي سوف تتخذه المحاكم في كندا. وبدلاً من ذلك، يبدو النجاح متوقعا لمثل تلك القضايا الدائرة في البرتا وفي أونتاريو التي تتحدى القوانين التي تحمي نظام الرعاية الصحية العام من تطور نظام قطاع خاص موازٍ، أكثر من حظوظ قضايا مثل قضية فلورا التي تتأسس على دعاوى من أجل التمويل العام. وبينما يلوح أمل ضعيف أن دعاوى الحقوق الدستورية في الرعاية الصحية سوف تحسن برنامج الميديكير الممول بالمال العام إلا أن هناك دروبا قانونية أخرى.

أحد هذه الطرق هو الاعتماد لمدى أبعد على القانون الإداري، بحثا عن تحسين مساءلة هؤلاء الذين يصنعون قرارات تخصيص الموارد داخل نظام الرعاية الصحية

العام. وهناك أمل آخر في آفاق العمل بالقانون الخاص، خصوصا القضايا الجماعية. قد توفر هذه الدعاوى ضـد المؤسسـات العامة، دافعا للتحسين الشامل في سرعة بداية العلاج بالنسـبة لكل الكنديين وليس فقط هؤلاء المؤهلين أو هؤلاء القادرين على تحمل تكلفة التأمين الصحي الخاص.

الفصل السادس

الوصول إلى الرعاية الصحية في الولايات المتحدة: مفاهيم متضاربة عن العدالة وقليل من التضامن

تيموثي سولچفوس چوست (Timothy Stoltzfus Jost)

نادرا ما يرد ذكر مفهوم التضامن، الذي قامت على أساسه معظم نظم التأمين الصحي العامة في أوروبا، في الجدل العام الدائر حول السياسة الصحية في الولايات المتحدة. يؤمن معظم الأمريكيين بوجوب الاعتماد الكامل على الثروة من أجل الحصول على الرعاية الصحية، ويعتقد الكثيرون أن للحكومة دورا مشروعا في ضمان القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية[1]. ورغم أن مناقشة مقترحات التغطية الصحية الشاملة تدور في الولايات المتحدة منذ قرن تقريبا، لم تصبح التغطية الشاملة أبدا حقيقة واقعة.

تمويل الحصول على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة

يستطيع الأمريكيون الوصول إلى الرعاية الصحية عبر أربع قنوات:

أولا: يتلقى معظم الأمريكيين (٦٢,٩٪ تقريبا من الفئة العمرية أقل من ٦٥ عاما في ٢٠٠٥) تأمينا صحيا من خلال مكان عملهم[2]. في الولايات المتحدة ليس مطلوبا من أصحاب الأعمال قانونا توفير تأمين صحي لموظفوهم، وعدد منهم لا يوفر ذلك. من الناحية الأخرى، الأموال التي يدفعها أصحاب الأعمال مقابل اشتراكات التأمين

---

(١) كشف استطلاع رأي أخير أن ٥٦٪ من الأمريكيين يفضلون البرامج التي تديرها الحكومة لتمويل التأمين الصحي لكل الأمريكيين، ولكن العدد انكمش إلى ٣٥٪ عندما كان التأمين الصحي الشامل يعني اشتراكات أولية أعلى أو مزيدا من الضرائب، وانكمش إلى ١٨٪ عندما أصبح معناه عدم تغطية بعض العلاجات التي كانت مغطاة في السابق.
ABC News/Kaiser Family Foundation/USA Today, Health Care in America 2006 Survey, http://www.kff.org/kaiserpolls/ 14, Oct. 2006.

(2) J. Holahan. and A. Cook, 2006, Why Did the Number of Uninsured Continue to Increase in 2005? (Washington, D.C.: Kaiser Family Foundation 2006), p. 3.

الصحي لموظفيهم –وغالبا الأموال التي يدفعها موظفيهم هم أيضا– لا تخضع للضرائب الفيدرالية ولا ضرائب الولاية على الدخل والأجور، ومعظم أصحاب الأعمال الكبار والعديد من أصحاب الأعمال الصغار يغطون عادة أسرة الموظف إضافة للموظف نفسه بالتأمين الصحي.

ثانيا: يشتري بعض الأمريكيين –أعمار حوالي ٥,٤ ٪ منهم أقل من ٦٥ عاما– خطط تأمين صحي عائلية أو فردية في سوق التأمين على الأفراد[3]. عادة ما تقوم هذه الخطط على أساس تصنيف المخاطر وتخضع لتكلفة تسويق وتعاقد تأميني عالية. وهي مكلّفة مقارنة بالخطط التأمينية الأخرى وغالبا لا تتوافر لهؤلاء الذين هم في أشد حاجة للتأمين. ومن الناحية الأخرى، تبدو تكلفة هذه الخطط معقولة بالنسبة للأصحاء، وتبدو كذلك أنها الطريق الوحيد للتغطية التأمينية للعديد من الأشخاص الذين يعملون لدى أنفسهم، أو للمتقاعدين أو للموظفين في شركات لا تمنح تأمينا صحيا لموظفيها.

ثالثا: لدى عديد من الأمريكان تغطية تأمينية عامة. ويوجد في الولايات المتحدة الأمريكية برنامجان كبيران للتأمين الصحي العام وهما يغطيان معا حوالي ١٣,٨٪ من السكان غير كبار السن، وفعليا كل كبار السن[4]. ميديكير (Medicare) هو برنامج تأمين اجتماعي يغطي الأشخاص الأكبر من ٦٥ عاما والمعاقين إعاقة مزمنة.

الميديكيد (Medicaid) برنامج يستخدم وسائل اختبار استحقاق المشترك الذي يغطيه بالتأمين الذي يقدمه، وهو برنامج يغطي كبار السن والمعاقين والحوامل والعائلات ذوات الموارد والدخول المنخفضة للحد الذي يتطابق مع عدة معايير، وهي معايير تختلف باختلاف الفئات التي يغطيها وباختلاف الولاية داخل البلاد. وتوجد أيضا برامج عامة أخرى، مثل: برامج لقدماء المحاربين وأخرى لسكان أمريكا الأصليين وللأطفال ذوي الدخول الضعيفة بنفس الشروط التي تستخدمها الميديكيد، ولكن على أية حال، الميديكير والميديكيد هما البرنامجان الأكبران.

(3) Ibid.

(4) Ibid.

رابعا: لا يتمتع عديد من الأمريكيين -نحو ٤٥ مليونا أو حوالي ١٧,٥٪ من السكان فــي أي وقت من الأوقــات، بتغطية تأمينية، أي نســتطيع القول إنهم يغطون أنفســهم بأنفســهم بالتأمين الصحي. وربما تكون وسيلتهم للوصــول إلى الخدمات الصحية هي الوحدات التابعة "لشــبكة الأمان"، في المستشفيات العامة أو العيادات المجانية، ولكن بشــكل عام هم مضطرون للدفع من جيوبهم الخاصــة مقابل الرعاية الصحية. وقد نما هذا الرقم نموا ملموسا طوال نصف العقد الفائت، حين انخفضت بشكل درامي التغطية التي يمولها أصــحاب الأعمال، ولم تتوسع التغطية العامة بما يكفي من سرعة لتملأ هذا الفراغ[5].

مشاكل الأمريكيين المُؤمَّن عليهم وغير المُؤمَّن عليهم

لا تقــدم اللقطــة الموجــزة لعدد غيــر المُؤمَّن عليهــم الذين يُوجدون فــي أي وقت من الأوقات فكرة كاملة عن المشــكلة التي يخلقها وضــع عــدم التغطية أو التغطية غير الشاملة. لو فحصنا ظاهرة عدم التغطية عبر فترة من الزمن، سوف نرى أن مزيدا من الناس – تقريبا ٨٢ مليونا، أو ثلث الأمريكان من غير كبار الســن لا يتمتعون بالتغطية التأمينيــة عند نقطة زمنية ما في عامي ٢٠٠٢ و٢٠٠٣ [6]. يرى المرء أيضــا صــورة شديدة الديناميكية – أناسًا يتحركون من التأمين الخاص إلى التأمين العام، ومن التأمين العام إلى التأمين الخاص، أو فيما بين شــركات التأمين الخاص؛ أناسًا يفتقدون التأمين لفترات طويلة؛ وأناسًــا بلا تأمين لفترة واحدة قصــيرة، أو لمرات متعددة قصيرة[7]. معظــم هؤلاء الذين افتقدوا التأمين في أي وقت مــن الأوقات ظلوا بلا تغطية لمدة عام أو أكثر.

---

(5) Ibid. at 9 - 13.

(6) Families USA. One in Three Non-Elderly Americans without Health Insurance, 2002–2003, 3 (New York: Families USA, 2004).

(7) P. F. Short and D. Graefe, "Battery-Powered Health Insurance? Stability in Coverage of the Uninsured", Health Affairs, (2003) 6 , p. 244, 247-49.

ورغم أن مناقشـات السياسـة الصـحية عموما ترسـم خطا لامعا بيـن أولئك الذين يتمتعـون بتغطيـة تأمينية وهؤلاء الذين يفتقدونها، إلا أن القضـية العليا هنا هي قضـية الحصول على الرعاية الصحية، وليس التأمين. ودرجة الصعوبة في معاناة الوصول إلى الرعاية الصحية تتنوع بشكل هائل بين كل من المُؤمَّن عليهم وغير المُؤمَّن عليهم. فمجرد عدم تغطية شـخص ما بتأمين صـحي لا يعني أنه لا سـبيل لديه للوصـول إلى الرعاية الصـحية. ولا يعني كذلـك مجرد أن الفرد لديه تغطية تأمينية أنه يسـتطيع أن يكتسب طريقا للوصول إلى الرعاية الصحية دون صعوبات وتكبد نفقات.

يكاد يكون ٨٥٪ من الأمريكيين الذين لا يتمتعون بتغطية تأمينية إما عاملين في وظيفة ما أو أفرادا في أسرة شخص ما يعمل[٨]. ورغم أنه كما قلنا سابقا، يمنح معظم أصحاب العمل الأمريكيين تأمينا صـحيا لموظفيهم، فإن معظم الذين يعملون دون تغطية تأمينية لا يحصـلون على التأمين الصحي من مكان عملهم. والعديد منهم موظفون ذوو أجور منخفضـة، أو يعملون لجزء من الوقت أو موسـميون أو يعملون في شـركات صغيرة جـدا[٩]. نسـبة أخرى ممن يعملـون دون تغطية تأمينية هم في الحقيقة مسـتحقون لهذه المزايا الصـحية بحكم عملهم ولكنهم يرفضونها؛ حتى لا يدفعون مقابل حصة الموظف في الاشتراك الأولي للتأمين.

العديـد مـن الأمريكييـن الذيـن لا يتمتعـون بتأمين صـحي هـم من ناحيـة أخرى محرومون. ويميل الأشخاص بلا تأمين إلى أن يكونوا من جماعات الأقلية – خصوصا أصحاب الأصول اللاتينية (Hispanics). كما أن البالغين من غير المُؤمَّن عليهم هم على الأرجح أقل صـحة أو يعانون من علة ما أكثر من المُؤمَّن عليهم[١٠]. معظم الأشـخاص

(8) Cover the Uninsured Week, Uninsured Workers, http://covertheuninsured.org/factsheets (2007).

(9) Institute of Medicine, Coverage Matters: Insurance and Health Care, (Washington: National Academy Press, 2001), p. 60-62, p. 67-70; P. Fronstin, Workers' Health Insurance: Trends, Issues, and Options to Expand Coverage, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. 3-4.

(10) J. A. Graves and S. K. Long, Why Do People Lack Health Insurance?, (Washington: Urban Institute, 2006), p. 3.

غير المُؤمَّن عليهم يحصــلون على دخول قليلة جدا: ٢٥٪ منهم من أســر ذات دخل أقل من خط الفقر بنســبة ٢٠٠٪. ومع ذلك فالصورة معقدة. حوالي ١٨٪ من غير المُؤمَّن عليهم في أمريكا هم من الأســر التي تكســب ٧٥ ألف دولار سنويا أو يزيد(١١). وحيث إن عددا متزايدا من الأمريكان يصــبحون متعاقدين أو مستشارين أو موظفين مؤقتين، وحيث إن كل الصناعات قد تزحزحت بعيدا عن نموذج التوظيف التقليدي لكل الوقت، وعديــد من غير المُؤمَّــن عليهم هم أمريكيون من الطبقة المتوســطة أو العليا الذين ليس لديهم ســبيل للتأمين التقليــدي المرتبط بالوظيفة(١٢). ويبقى أن هناك آخرين ميســورى الحال، بشكل معقول ولكنهم يمرون بوضع مؤقت للتنقل بين وظيفة وأخرى.

عديــد مــن غير المُؤمَّن عليهم هم شــباب لم يدخلوا بعد ســوق التوظــف أو يعملون بوظائف منخفضة الأجر. وخلال هذه الفترة من ١٩٩٦ إلى ٢٠٠٠، كان ثلثا البالغين الشــباب فيما بين ١٩ و٢٣ ســنة بلا تغطية تأمينية عند نقطة معينــة، وتقريبا ربع العدد لم يُؤمن عليه لمدة أكثر من عامين(١٣). وأيضــا لا تتمتع نســبة ملموســة من الأمريكيين بالتغطية. لم يغط التأمين أكثر من نصــف البالغين فيما بين الخمسين والرابعة والستين من العمر في شريحة الأسر التي تكسبت أقل من ٢٥ ألف دولار في وقت ما من الأوقات منذ أن تخطوا الخمسين من العمر(١٤).

العديد من الذين لا يتمتعون بتغطية تأمينية -خصوصا الأطفال- هم مؤهلون للتغطية ببرنامــج الميديكيد أو للتغطية ببرنامج التأمين الصــحي للأطفال الذي تديره ولايتهم، ولكنهم غير مقيدين بأيهما.

---

(11) C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, and C. H. Lee, Income, Poverty, and Health Insurance Status in 2005, (Washington, D.C.: U.S. Census Bureau, 2006), p. 22.

(12) K. Swartz, Reinsuring Health: Why More Middle-Class People Are Insured and What Government Can Do, (New York: Russell Sage Foundation, 2006), p. 18-28.

(13) S. R. Collins, et al. Rite of Passage? Why Young Adults Become Uninsured and How New Policies Can Help, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. 4.

(14) S. R. Collins, et al., Health Coverage for Aging Baby Boomers: Findings from the Commonwealth Fund Survey of Older Adults, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. vii.

الموانع البيروقراطية، بما تشمله من إجراءات ثقيلة لتقديم الطلب، وإعادة متكررة ومتعبة لتحديد الموقف، ونقص الجهود التي تبذلها الولايات لتثقيف الناس بضرورة القيد في هذه البرامج، كل ذلك لا يشجع الناس على القيد. وأكثر من ذلك في بعض الولايات، لا يغطي البرنامج بعض فئات معينة من الأشخاص المؤهلين للقيد ببرنامج الميديكيد إلا إذا كانوا على درجة بالغة من البؤس والفقر[١٥].

تتنوع أشكال عدم التغطية. ويصبح المديرون التنفيذيون الأصحاء في وسط العمر دون تغطية تأمينية في الفترات التي ينتقلون فيها من شركة إلى أخرى دون أي تأثير سلبي. ولكن حتى الأمريكيون ذوو الدخول العالية يعانون لأنهم دون تغطية تأمينية. فهم لا يتلقون الخدمات الطبية المطلوبة بنفس القدر الذي يحصل عليه نظراؤهم الأمريكيون من نفس المستوى الاقتصادي[١٦]، وهم يدخلون في مشاكل مالية بسبب مرضهم أكثر من المُؤمَّن عليهم[١٧]. من ناحية أخرى، "المُؤمَّن عليهم" هم أيضا أبعد من أن يكونوا محصنين ضد المعاناة بسبب المرض. فمن ناحية قصوى، موظفو الشركات الكبري الذين يتمتعون بالتغطية من خلال اتفاقيات تفاوض جماعي، قد يتمتعون بتغطية طبية واسعة تقوم على أساس خطة دفع أول دولار (first dollar medical coverage). ومن الناحية المقابلة تماما، الأفراد والعائلات "المُؤمَّن عليهم" في سوق الأفراد قد يتمتعون بخصومات (إعفاءات) تصل إلى ١٠ آلاف دولار، ومشاركة تأمينية (co-insurance) تصل إلى ٥٠٪، ومشاركة في الدفع (co-payment) تصل إلى ٢٠٠ دولار في اليوم الواحد لتغطية الإقامة في المستشفى، باستثناء الظروف الموجودة سلفا، ودون أي

(15) Kaiser Family Foundation, Medicaid: A Primer, (Washington: Kaiser Family Foundation, 2007), p. 6.

(16) J. S. Ross, et al., "Use of Health Care Services by Lower-Income and Higher-Income Uninsured Adults", Journal of the American Medical Association (2006), p. 2027, 2032-33.

(17) S. Collins, et al. Gaps in Health Insurance: An All-American Problem, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. viii-ix.

تغطية للصحة العقلية والنفسية، ورعاية الأم ورعاية الحوامل(١٨). والبالغون في سوق تأميـن الأفراد معرضـون لمخاطر العبء المالي أعلى كثيرا مـن تغطية الجماعات أو التأمين العام(١٩). ومصـاعب الوصول إلى الخدمة الصـحية التي يكابدها ذوو الدخول المنخفضـة، والأشخاص المُؤمَّن عليهم تأمينا خاصـا مماثلة تماما لتلك المصاعب التي يصادفها أولئك الذين يغطيهم برنامج الميديكيد.

يوجـد فيمـا بين هذين الحديـن عديد من النـاس يتمتعون بتغطيـة تأمينية من خلال منظمـات الرعاية المخططة (managed care organizations) بشـبكاتها المحدودة من مقدمي الخدمة المتوافرين، وفجوات ملموسـة في التغطية، والتزامات المشـاركة في تحمل التكلفة مرتفعة. وفي السـنوات الأخيرة زادت بشـكل كبير الخصومات ورسوم المشـاركة في الدفع(٢٠). أظهرت الأبحاث والدراسـات الأخيرة أن عددا ذا شـأن من الأمريكيين قد عانى مشـاكل مالية بسـبب نفقات الرعاية الصـحية، ولكن واقعيا معظم أولئك الأمريكيين لديهم تأمين صحي.

تفيد التقارير بأن ٤٠٪ من الأمريكيين أظهروا مشاكل خطيرة مع أوراق أو فواتير الرعاية الصـحية أو التأمين الصحي، بينما نصـف الأمريكيين الذين يتكسبون أقل من ٥٠ ألـف دولار في السـنة لديهم مشـكلة خطيرة في دفـع فواتير الرعاية في السـنتين الماضـيتين(٢١). ويدفع ثلث البالغين في سـن العمل فوائد الديـون الطبية أو يعانون من مشـاكل في دفع الفواتير الطبية في العام الفائت. ثلاثة أخماس هؤلاء الأمريكيين الذين

(18) America's Health Insurance Plans. Individual Health Insurance: A Comprehensive Survey of Affordability, Access, and Benefits, (Washington: America's Health Insurance Plans, 2005), p.11, 13, 17, 21, 26.

(19) Y. Yu-Chu Shen and J. McFeeters, "Out-of-Pocket Health Spending Between Low- and Higher-Income Populations", Medical Care, (2006), no. 3, 200, p. 207-8.

(20) Kaiser Family Foundation / Health Research and Educational Trust. Employer Health Benefits: 2005 Annual Survey. (Washington: Kaiser Family Foundation, 2006), p. 1-2.

(21) C. Schoen, et al, Public Views on Shaping the Future of the U.S. Health System, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. 6-7.

يعانـون من مشـاكل مالية هم من المُؤمَّن عليهم(٢٢). يمتلك عديـد من الأمريكيين ديونا علـى بطاقاتهم الائتمانية ترتبـط بنفقاتهم الطبية. فقد بعض هـؤلاء بيوتهم عندما فقدوا المقدرة على دفع أقسـاط قروض منازلهم التي اسـتخدموها لتغطية ديونهم الطبية، أو وجدوا أنفسهم غير قادرين على اسـتئجار شقق سكنية لانهيار وضعهم الائتماني نتيجة لديونهم الطبية. تقريبا يرجع سبب نصف كل حالات الإفلاس إلى أسباب طبية ما(٢٣).

ورغم معاناة "المُؤمَّن عليهم تأمينا منقوصـا" من مشـاكل مالية في الحصـول على الرعاية الصـحية، يواجه "غير المُؤمَّن عليهم" مصاعب أسوأ. في العموم يحصل غير المُؤمَّن عليهم على رعاية صحية أقل من المُؤمَّن عليهم، وتتاح لهم بعد فوات الأوان، عندما تكون غير ذات جدوى. وبسـبب قانون علاج الطوارئ الطبية والعمل النشـط (EMTALA)، من الممكن حتى لغير المُؤمَّن عليهم الحصول على الرعاية الطارئة في الولايات المتحدة الأمريكية دون وجود تغطية بالتأمين الصحي(٢٤). ومع ذلك، العلاج المقدم في ظل هذا القانون ليس مجانيا، وبعضـهم يفضـل صـرف النظر عنه بدلا من تكبد مزيد من الديون الطبية. بل إن وصـول غيـر المُؤمَّن عليهم إلى الرعاية الوقائية أو الرعاية الأولية أو رعاية الحالات المزمنة هو أصـعب من حصـولهم على الرعاية الطارئـة. وحوالي الرُبع مـن البالغين غير المُؤمَّن عليهم الذيـن يعانون من أمراض مزمنة لم يقوموا بزيارة أحد المسئولين الصحيين خلال الاثنى عشر شهرا السابقة على أحد المسوح الأخيرة(٢٥). ورُبع الأمريكيين من ذوي الدخل الأدنى من المتوسط كان عليهم الانتظار لسـتة أيام أو أكثر حتى يناظرهم طبيب عندما ألمّ بهم المرض، مقارنة

(22) S. Collins, supra note 17, at viii.

(23) D. Himmelstein, et al, "Illness and Injury as Contributors to Bankruptcy", Health Affairs (2005) Web Exclusive, February, W5-63–W5-73.

(24) 42 U.S.C. s. 1395dd.

(25) Urban Institute / University of Maryland. Uninsured Americans with Chronic Health Conditions, (Princeton: Robert Wood Johnson Foundation Urban Institute / University of Maryland, 2005), p. 4.

بنسـبة ١٣٪ فقط من الأمريكيين ذوي الدخل فوق المتوسـط[٢٦]. ٦٠٪ من الأمريكيين في سـن العمل وغير مؤمن عليهم لم تُكتب لهم روشـتة طبية، ولم يناظرهم إخصـائي عندمـا احتاجوا لذلك، وتغاضـوا عن إجراء اختبـار طبي أو علاج مـا، أو لم يذهبوا لطبيب عند حدوث مشاكل طبية بسبب افتقادهم لتأمين صحي[٢٧].

أيضـا على الأرجح يحصـل الأمريكيون المثقلون بأعباء الديون الطبية على رعاية طبيـة أقل من أولئك الذين لا يعانون من تلك الديون[٢٨]. وليس مدهشـا أن يعاني غير المُؤمَّن عليهم من أمراض ووفيات بنسبة أعلى. وقد يموتون قبل الأوان وهذا ما يُقدر بثمانية عشر ألف بالغ كل سنة نتيجة لافتقاد التأمين[٢٩].

حتـى أولئك الذيـن يغطيهم التأمين لجزء من السـنة يتلقون رعاية أسـوأ من هؤلاء الذين تغطيهم رعاية مستمرة في صورة رعاية متأخرة عن موعدها، وعدم الاستجابة لاحتياجات طبية معينة، وعدم إعطاء وصفات طبية لها.

يعاني غير المُؤمَّن عليهم أيضا من الناحية المالية أكثر من الأمريكيين المُؤمَّن عليهم. ويقرر أكثر من نصـف البالغين الذين افتقدوا التغطية التأمينية في أي وقت خلال السـنة السابقة من مشاكل الديون الطبية، ونسبة ٤٠٪ من الذين لا يغطيهم التأمين حاليا ولديهم مشاكل الديون الطبية يجدون صعوبة في دفع مقابل الضروريات الأساسية بسبب مشاكل الفواتير الطبية. نصـفهم استنفد كل مدخراته، و١١٪ استدان أو رهن أحد ممتلكاته حتى يدفع أقساط ديونه الطبية، ويكاد يكون الرُبع منهم قد سحب دينا طبيا على حساب بطاقته

---

(26) P. T. Huynh, et al., The U.S. Health Care Divide: Disparities in Primary Care Experiences by Income, (New York: Commonwealth Fund, 2006), p. 7.

(27) Collins, et al. supra note 17, at 9.

(28) M. M. Doty, et al., Seeing Red: Americans Driven into Debt by Medical Bills, (New York: Commonwealth Fund, 2005), p. 5-6.

(29) Institute of Medicine, Insuring America's Health: Principles and Recommendations, (Washington: National Academy Press., 2004), p. 8.

الائتمانية[٣٠]. وتمنح المستشفيات في المجتمعات ذات المعدلات العالية من افتقاد التغطية التأمينية خدمات أقل للسكان الأكثر عرضة للمخاطر وتضع أسوأ الهوامش المالية على التكلفة[٣١]. حتى السكان ذوو الدخول الأعلى في المناطق ذات المستويات العالية يعانون من انعدام التغطية التأمينية ومن غرف الطوارئ المزدحمة بالمرضى أو من تدهور البنية التحتية للرعاية الصحية[٣٢]. فعليا، تخسر البلاد بأكملها نتيجة انخفاض إنتاجية هؤلاء الذين لا تُعالج أمراضهم أو إعاقاتهم بسبب افتقاد التأمين الصحي.

المقاربات الممكنة لتوسيع قدرة الوصول إلى الرعاية الصحية

نحتاج بشكل واضح لإيجاد طريق ما لتقديم قناة أكثر ثقة لرعاية غير المُؤمَّن عليهم صحيا. سوف توسع مثل هذه القناة التي تخدم هذا الهدف من برامج التأمين الصحي القومية، الميديكير (Medicare) والميديكيد (Medicaid). ولقد توسع هذان البرنامجان لحد ما في السنوات الأخيرة. فبرنامج الميديكير الذي غطى طويلا تقديم الخبرة الطبية والمؤسسات فقط، امتد في ٢٠٠٣ ليغطي تقديم الأدوية الموصوفة في روشتات العيادات الخارجية، إلى جانب خدمات وقائية إضافية[٣٣]. تتوافر التغطية للأدوية الموصوفة من خلال برنامج تخضع أثمان الدواء فيه للمنافسة المحسوبة (managed competition) مع مشاركة في تحمل التكلفة من المنتفعين بالميديكير، وهو ما يتطلب منهم تسجيل أنفسهم في برنامج مخصوص، ويفرض على الجميع باستثناء

(30) Collins, et al., supra note 17, at 7.

(31) D. M. Wolman and W. Miller, "The Consequences of Uninsurance for Individuals, Families, Communities and the Nation", Journal of Law, Medicine, and Ethics (2004), p. 401-03.

(32) Institute of Medicine, A Shared Destiny: Community Effects of Uninsurance, (Washington: National Academy Press, 2003), p. 82-119.

(33) The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act, Pub. Law No. 108-173, 117 Stat. 2066 (2003).

أفقر المنتفعين دفع اشتراك أولي للانتفاع بهذه الخدمة(٣٤). وسجَّل فقط نصف المنتفعين بالميديكير أسـماءهم في هذا البرنامـج، ولكن واقعيا أصـبح ٩٠٪ تقريبا من المنتفعين يحظون ببعض التغطية للدواء الموصـوف، حيث إن العديد منهم حصـل على التغطية ببرنامـج الميديكير من خلال المزايا التأمينيـة للمتقاعدين أو من خلال برامج حكومية أخرى(٣٥). ومعظـم الأطفال محدودي الدخل في الولايات المتحدة هم المؤهلون الآن للتغطيـة ببرنامج الميديكيد، وبرنامج الولايات للتأمين الصـحي للأطفال، الذي نشـأ عام ١٩٩٦، رغم أن العديد منهم غير مقيدين بسـبب العوائق البيروقراطية أو بسـبب تقاعس الآباء(٣٦). ومع ذلك، لا يوجد إجماع سياسـي قومي لتوسيع هذه التغطية العامة فيما وراء الأطفال الفقراء وكبار السـن والمعاقين. وتتقدم بعض الولايات رأسـا نحو إنشـاء برامج لتوسـيع التغطية بالتأمين الصـحي. وعلى سـبيل المثال، أنشأت ولاية ماساشوستس برنامجا في ٢٠٠٦ يأمل في مد التغطية لمعظم غير المُؤمَّن عليهم. يوسع هذا البرنامج تغطية الميديكيد، ويمنح دعما ماليا للأفراد والأسر التي يقل دخلها ٣٠٠٪ عن خط الفقر الفيدرالي؛ حتى يستطيعوا تحمل تكلفة الاشتراك في تأمين صحي خاص، وينظم سوق التأمين من خلال إقامة تحالف لشرائه حتى تصبح تكلفته ممكنة، ويطالب أصـحاب الأعمال بالسماح على الأقل لموظفيهم بشراء رعاية صحية في حدود دخلهم بعد خصم الضـرائب منه، ويُلزِم الأفراد الباقين بلا تأمين، بشراء تأمين صحي إذا ما كان ذلك "في حدود قدرتهم المالية"(٣٧).

أطلقـت ولايـة فيرمونت أيضـا برنامجا تطوعيا فـي ٢٠٠٦ لتجعل أسـعار التأمين

(34) Kaiser Family Foundation, Fact Sheet: The Medicare Prescription Drug Program, http://www.kff.org/medicare/upload/7044-05.pdf (2006).

(35) Center for Medicare and Medicaid Services, Medicare Drug Plans Strong and Growing, www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp.

(36) Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, A Decade of SCHIP Experience and Issues for Reauthorization, http://www.kff.org/medicaid/upload/7574-2.pdf (2007).

(37) Kaiser Family Foundation, Massachusetts Health Care Reform Plan, http://www.kff.org/uninsured/upload/7494.pdf (2006).

الصحي معقولة أكثر بالنسبة لغير المُؤمَّن عليهم، بينما تسير ولاية ماين في طريق تنفيذ برنامج لتوفير تأمين صحي مدعوم ماليا لغير المُؤمَّن عليهم، والذي صدر له قانون في ٢٠٠٣، والذي سوف يتم تنفيذه كاملا بحلول عام ٢٠٠٩ [٣٨]. وأنشأت كلٌّ من ولايتي إيلينوي وبنسلفانيا برامج لتغطية كل الأطفال غير المُؤمَّن عليهم، في الوقت الذي توسع فيه ولايات أخرى برنامج الميديكيد في الولايات أو توسع برنامج الولاية للتأمين الصحي على الأطفال (SCHIP) من خلال تنازلات فيدرالية مقدمة لتغطية البالغين الفقراء، أو إقامة برامج لتشجيع أصحاب الأعمال الصغار لتوفير تأمين صحي لموظفيهم. وأخيرا، لدى ثلاث وثلاثين ولاية أمريكية أوعية تأمين صحي للمشاركة في تحمل المخاطر العالية، توفر التأمين الصحي -إذا ما كانت أسعاره فوق الطاقة- للأشخاص الذين تجعلهم حالتهم الصحية دون ذلك بلا تغطية تأمينية[٣٩].

إلا أن العديد من الأمريكيين لا يؤيدون التوسع في البرامج العامة لتغطية غير المُؤمَّن عليهم. وحجة إحدى الجماعات المؤثرة للدفاع عن السياسات الصحية هي أن مشكلة الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة ليست انخفاض التغطية التأمينية، بل هي التغطية التأمينية الزائدة عن الحد[٤٠]. يؤمن هؤلاء المدافعون عن "الرعاية الصحية التي يحركها المستهلك" أن تكاليف الرعاية الصحية مرتفعة للغاية وتزداد في

(38) National Council of State Legislatures, 2007 Bills on Universal Health Care Coverage, Legislatures Fill in the Gaps, http://www.ncsl.org/programs/health/universalhealth2007.htm (2007).

(39) BlueCross BlueShield Association, State Legislative Health Care and Insurance Issues, 2006 Survey of Plans, (Washington, BC-BS Association, 2007), p. 62.

(٤٠) لما يمثل حركة الرعاية الصحية التي يوجهها المستهلك، انظر:
J. C. Goodman and G. L. Musgrave, "Patient Power: Solving America's Health Care Crisis" (1992); M. F. Cannon, M.D. Tanner, Healthy Competition (Washington: Cato Institute, 2005), p. 46-54.
لما يمثل تحليلا لحركة الرعاية الصحية التي يوجهها المستهلك، انظر:
T. S. Jost, Health Care At Risk: A Critique of the Consumer-Driven Movement (Durham, N.C.: Duke University Press, 2007)

الولايات المتحدة بمعدلات سريعة بسبب المخاطر الأخلاقية بشكل أولي. ويخفض التأمين الصحي من أسعار خدمات الرعاية الصحية بالنسبة للمستهلك فعليا، بل ويجعلها مجانية عند غياب التزامات المشاركة في تحمل النفقات. لذلك يشتري مستهلك الرعاية الصحية المُؤمَّن عليه منتج الرعاية الصحية وخدماتها مقابل قيمة قليلة، وذلك لأنه ليس مجبرا على الدفع، أو على دفع الكثير مقابلها. كما لا يتحمل المستهلك أيضا متاعب التسوق من أجل شراء الخدمات الأقل تكلفة، بل ربما هم – فعليا – لا يتسوقون من أجل جودة الخدمة، مع الأخذ في الاعتبار السعر المنخفض الذي يدفعونه مقابل هذه الخدمات. ومع ذلك، يجب أن يدفع المؤمِّن (الصندوق التأميني) سعر الخدمة التي يستخدمها المستهلك كاملا، وترتفع الأسعار بشكل دائم في غياب مبدأ الأسواق التنافسية.

يؤمن أنصار مبدأ "الرعاية الصحية التي يحركها المستهلك" أن حل هذه المشكلة هو فرض التزامات أعظم للمشاركة في تحمل التكلفة على مستهلكي الرعاية الصحية من خلال خصومات أعلى ومشاركة في التأمين أعلى ومشاركة في الدفع أعلى. ويطالب هؤلاء الأنصار بوجوب تغطية التأمين للكوارث الصحية فقط التي لن يستطيع المستهلك التعامل معها دون تأمين. ويجب شراء منتجات وخدمات الرعاية الصحية الأخرى بتمويل مباشر من الجيب الشخصي، حينئذ سوف يكون المستهلك هو الذي يقرر ما إذا كان سينفق نقوده على الرعاية الصحية أو ينفقها على منتجات وخدمات أخرى.

يدافع "أنصار الرعاية الصحية التي يحركها المستهلك" أيضا عن فكرة حسابات التوفير لنفقات الرعاية الصحية، حتى يجد المستهلك المال الذي سوف يدفعه مقابل الرعاية الصحية عندما يحتاج إليها، وينادون بإعانات ضريبية لتشجيع الادخار في هذه الحسابات. وينشأ هيكل "حسابات التوفير الصحية" هذه بطريقة تجعل الأموال –عندما يصل عمر المستهلك إلى ٦٥ عاما في ظل القانون الحالي بالولايات المتحدة– متوافرة في النهاية أمام المستهلك لاستخدامها في أغراض أخرى. فهم يدافعون عن الفكرة

بأن المستهلك سوف يرعى هذه الأموال بعناية، ويستهلك فقط المنتجات والخدمات الجديرة بتكلفتها ويتسوقو القيمة الأحسن. وهذا بدوره سوف يخفض تكاليف الرعاية الصحية، وبذلك تصبح هناك قدرة أكبر على الوصول إلى الرعاية الصحية.

أقر الكونجرس تشريعا قوميا في ٢٠٠٣ يقدم إعانات ضريبية لحسابات التوفير الطبية مصحوبة بسياسات خصومات صحية مرتفعة، سياسات خصومات ١١٠٠ دولار للفرد و٢٢٠٠ دولار للأسرة على الأقل في ٢٠٠٧ (٤١). ومنذ ذلك الحين، نما القيد في هذه الحسابات نموا سريعا، حيث تغطي الآن نحو ٤,٥ مليون أمريكي على الأقل بخطط خصومات صحية عالية للمستحقين(٤٢).

إلا أن سؤال ما إذا كانت الخطط الصحية التي يحركها المستهلك سوف تحسّن مشكلة الوصول إلى الرعاية الصحية أم سوف تجعلها أسوأ، سوف يظل سؤالاً مفتوحًا. وبشكل واضح الخطط التي يحركها المستهلك هي صفقة طبية لأثرياء الأمريكيين نسبيا، وهم يشكلون عددا ذا شأن من غير المُؤمَّن عليهم. وتقدم هذه الخطط فعلا منافع ضريبية جذابة جدا لهذه الفئة من السكان(٤٣). يبدو واقعيا أن الأمريكيين الأغنى يشترون بشكل غير مناسب هذه الخطط التأمينية(٤٤). أيضا تمنح خطط حسابات التوفير الصحية ذات الخصومات العالية والمؤهلة اشتراكات أولية منخفضة ربما يستطيع تحملها بعض الأمريكيين أو صغار أصحاب الأعمال الذين لا يستطيعون حاليا تحمل تكلفة التأمين الصحي. ومن الناحية الأخرى، فور مرض أحد الأشخاص المُؤمَّن

---

(41) 26 U.S.C. s. 223

(42) America's Health Insurance Plans, January 2007 Census Shows 4.5 Million People Covered by HSA/High Deductible Health Plans, Washington: AHIP (2007).

(٤٣) بالنسبة لهذه الفئة، كل المساهمات داخل الحسابات وعوائد الأموال المستثمرة داخلها معفاة من الضرائب في حالة استخدامها في الخدمات الصحية أو ظلت في الحساب حتى سن 65 .26 U.S.C. s 223(f)

(44) E. Park and R. Greenstein, GAO Study Confirms Health Savings Accounts Primarily Benefit High-Income Individuals (Ctr. on Budget Pol'y Priorities, Washington, D.C.), Sept. 20, 200, at 1, available at http://www.cbpp.org/9-20-06health.pdf.

عليهم بواحدة من هذه الخطط ذات الخصومات العالية، وسوف يواجه ضرورة إنفاق بعض المصاريف ذات الشأن. وخصم خمسة آلاف دولار قد يكون اقتصاديا لشخص يكسب مائة ألف دولار سنويا، خصوصا إذا انتظم صاحب العمل في دفع مساهمته لحساب التوفير الصحي(٤٥). إلا أن نفس النفقات تمثل عبئا ضاريا على شخص يكسب ٢٠ ألف دولار سنويا، ولا يتلقى أي مساهمات من صاحب العمل، حين لا يكون الشخص مدينا بضريبة على الدخل في أي حال. مثل هذا الشخص ببساطة مضطر للعيش دون رعاية صحية، حتى دون الرعاية التي قد يضطر إليها، أو التي يحصل عليها بالاستدانة بشكل ما ومن ثم يعلن إفلاسه(٤٦).

رؤى مختلفة للعدالة

أخيرا، يبدو أن الولايات المتحدة في هذه اللحظة في وضع تقوم فيه بتحليل للسياسات، وتمسك بخناقها رؤى متناقضة بحدة حول العدالة(٤٧). تعني العدالة بالنسبة للأمريكيين أن يدفع الفرد مقابل نمط حياته. ولا يمتلك أحد الحق في أن يطالب بنصيب من موارد الآخرين. والتأمين الصحي "العادل" يعني تأمينا نزيها اكتواريا – يدفع كل فرد اشتراكا أوليا على أساس صورة عامة للمخاطر التي قد يتعرض لها. كان أولئك الذين يؤمنون بهذه الرؤية للعدالة، التي يرتكز عليها الكثير من حركة الرعاية الصحية التي يوجهها المستهلك، في صعود سياسي طوال العقد الماضي.

ومع ذلك، بالنسبة لكثير من الأمريكيين تبدو العدالة مماثلة كثيرا للتضامن – الأصحاء يساعدون من ساءت حالتهم الصحية، والأثرياء يساعدون من تنقصه الثروة. وعلى الأقل يجب أن يحصل كل فرد على الحد الأدنى من الرعاية الصحية،

---

(45) KFF/HRET Survey, supra note 20, at 5.

(46) K. Davis, et al., How High is Too High? Implications of High-Deductible Health Plans (Commonwealth Fund, 2005).

(47) D. A. Stone, "The Struggle for the Soul of Health Insurance", J. Health Pol., Pol'y & L. (1993), 8, p. 287.

تلـك الرعاية التي يجب تمويلها تمويلا عاما. ربما تكون مثل هذه الجماعة في صـعود سياسي. وقدم العديد من مرشحي الرئاسة في ٢٠٠٨ مقترحات بأشكال ما من التغطية الشـاملة بمكون تأمين صـحي عام قوي، رغم أن معظمهم يحتفـظ بدور قوي للتأمين الصحي الخاص.

في نفس الوقت، إذا صحت تقديرات معهدنا القومي للطب، يموت ١٨ ألف أمريكي قبل الأوان كل سنة بسبب افتقادهم لتأمين صحي(٤٨). من الصعب أن نرى كيف حصل هؤلاء الأمريكيون على العدالة.

(48) Institute of Medicine, Care Without Coverage, (Washington, D.C.: IOM, 2002), p. 162.

الفصل السابع

الصحة في شيلي: هل تبذل الحكومة ما بوسعها لتحقيق العدالة الاجتماعية؟

سيلفيا بورثوتسكاي (Silvia Borzutzky)

مقدمة

هدف هذه الورقة هو تحليل السمات والمشاكل الكبرى لنظام الرعاية الصحية في شيلي، مع التركيز بشكل خاص على الخطة "AUGE" التي نفذها الرئيس لاجوس في ٢٠٠٤. تقدم الورقة تاريخًا مختصرًا لسياسات الرعاية الصحية في شيلي، إلى جانب ملخص لحقبة نظام بينوشيه (١٩٧٣-١٩٨٩) وسياساته المتوجهة نحو السوق. تنصب بؤرة تركيز الورقة على كيف تعاملت الحكومات المنتخبة بشكل ديموقراطي، مع مسألة الصحة مع العلم بالحقبة التي خلفها نظام بينوشيه وسياساته المتوجهة نحو السوق التي خفضت بشكل مدمر دور الدولة في تقديم الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية الأخرى. وقعت أكثر المحاولات جدية لحل هذه المشكلة عام ٢٠٠٤ من خلال وضع أسس الخطة "AUGE" التي تضمنت مقاربة مبتكرة للصحة. وحيث إن التنفيذ الكامل للخطة لم يبدأ حتى منتصف عام ٢٠٠٧، لا تستطيع الورقة تقديم سوى تحليل مبدئي لأثرها وآفاقها.

ورغم أن إحصائيات شيلي جيدة تماما مقارنة بالبلدان الأخرى في المنطقة، تجادل هذه الورقة بأنه كلما تعاظم نجاح البلد اقتصاديا أمكن تحقيق نظام ينجز عن حق أهداف التضامن الاجتماعي إذا ما خُصصت كمية أعظم من الموارد لنظام الرعاية الصحية. على المدى الطويل سوف يزيد سكان البلد الأكثر صحة من النجاح الاقتصادي والرفاهية، ويخلقون مجتمعا أكثر عدالة وإنصافا.

حقبة بينوشيه (١٩٧٣-١٩٨٩)

رغم أنه من الممكن تتبع تاريخ الاهتمام بأمور الصـحة العامة في شيلي إلى أصول نشـأة هذا البلد، فإنه بداية فإن قيام الدولة بدور نشـيط ومهم في تقديم الخدمة الصحية يعود إلى منتصـف القرن العشرين. وقد تأسـس النظام بأكمله على الفصل بين العمال ذوي الياقات الزرقاء وذوي الياقات البيضـاء، وكلاهما كان موجودا في نظام الأمن الاجتماعي[1].

نشـأ نظام الخدمات الصحية الوطني (SNS) في ١٩٥٢. وكانت وظيفة النظام هي تقديم العناية الطبية للعمال ذوي الياقات الزرقاء وسـكان البلاد الأصليين؛ والإشراف على الشـروط الصحية العامة للبلاد؛ وأن يكون مسـئولا عن الوظائف الطبية الوقائية العامة. تلقى العمال ذوو الياقات البيضاء وموظفو الخدمة المدنية خدمات طبية محدودة من خلال نظام الخدمات الطبية للموظفين (SERMENA)، الذي نشأ في عام ١٩٦٠. وتوسـع النظام بشـكل هائل في العقدين التاليين وفي عام ١٩٧٣، كان يسـتخدم ١٢٠ ألف شـخص ويقدم تغطية لحوالي ٧٠ ٪ من السـكان. سار توسـع الخدمات والمنافع الطبية يدا بيد مع المسـيرة العامة لتوسع الوظائف الاجتماعية الاقتصادية للدولة خلال أواسـط القرن العشـرين. وانتهت هذه المسـيرة فجأة مع الإطاحة بالرئيس سلفادور الليندي في ١١ سبتمبر ١٩٧٣.

أدى تبني نظام بينوشيه للسياسات الموجهة نحو السوق إلى تخفيض دور الدولة في كل من الاقتصـاد وفي تقديم الخدمات الطبية والتعليم والأمن الاجتماعي من بين أشياء أخرى. ونتيجة لذلك، أدخل نظام بينوشيه تعديلات جوهرية على نظام تقديم الخدمات الصحية في شيلي. سُـجنت السياسات العامة في إطار فكرة دولة الإعانات المالية التي استهدفت انسحاب الدولة من تقديم الخدمات الاجتماعية والأنشطة التنظيمية، وتحويل

(1) R. Merino, "Desarrollo historico y vision futura de la salud in Chile (Historical Development and Future of Chile's Health System), in R. Caviedes et al, ed., Sntomas del sistema de salud chileno, su diagnŝtico y tratamiento (Symptoms of the Chilean Health System: Diagnosis and Treatment) (Santiago: Ciedess, 2002), p. 17-32.

تلك المسئوليات إلى الأفراد ومقدمي الرعاية الصحية من القطاع الخاص. تطورت هذه السياسات مع الوقت ولم تتضمن فقط تخفيضا حادا للتمويل، ولكن تضمنت أيضا تحويلا كبيرا في النظام في أواخر السبعينيات.

من وجهة النظر الإدارية، استبدلت الحكومة في ١٩٧٩ نظام الخدمات الصحية الوطني والـ SERMENA بالنظام الوطني للخدمات الصحية (Sistema Nacional de Servicios de Salud) الذي أنهى الانقسام المبني على أساس المهنة، واستبدله بوحدات تتكفل بمسئولية تقديم مجموعة خدمات شاملة في النطاق الجغرافي المحدد. وفي نفس الوقت، تحولت مسئولية منشآت الرعاية الأولية للسلطات المحلية. وهكذا في الوقت الذي خفض فيه إلغاء التمييز بين العمال ذوي الياقات الزرقاء والياقات البيضاء مصدرا كبيرا من مصادر عدم الإنصاف، خلق تحويل بعض هذه الوظائف للسلطات المحلية مصدرا جديدا لعدم الإنصاف في طبيعة ومدى الرعاية عند أخذ التباينات الضخمة في الدخل بين المناطق المحلية المختلفة في الاعتبار.

نظام القطاع الخاص: ISAPRES

في ١٩٨١ بدأ إدخال آليات السوق في ميدان الصحة مع تأسيس ISAPRES وهي المؤسسات الصحية التي أُنشئت على منوال منظمات صيانة الصحة في الولايات المتحدة (HMO's). وهذه المؤسسات الصحية هي "كيانات قطاع خاص تمنح سلسلة من التأمين الصحي وحزم تعويضات للعاملين في مقابل مساهمة أساسية تبلغ ٧ ٪ من الراتب إلى جانب اشتراك أولي إضافي بين ٢-٣ ٪ بناء على حجم حزمة التعويضات"[٢]. وحتى ١٩٨٩، كانت الحكومة تمنح دعما ماليا قدره ٢ ٪ للمواطنين محدودي الدخل للالتحاق بهذه المؤسسات الصحية. أُلغي الدعم المالي بسبب آثاره السيئة على كل من نظام الصحة العامة وعلى صحة الفئات منخفضة الدخل، الذين غالبا ما ينجذبون إلى نظام

(2) Brian Cartin, "The Effectiveness of the Reform" in M. A. Cruz-Saco and C. Mesa-Lago, Do Options Exist? The Reform of Pensions and Health Care Systems in Latin America (Pittsburgh: University of Pittsburg Press, 1999) p. 210.

القطاع الخاص الصحي بواسطة دعايته، وليس بسبب نوعية الخدمات ولا كميتها التي هي بالنسبة للعديد أسوأ من الخدمات التي يقدمها القطاع العام، وبأسعار أعلى كثيرا. وظل القطاع الخاص مستمرا من أجل تقديم خدمات العناية بالفئات منخفضة الدخل.

أنشأ حكم بينوشيه نظام القطاع الخاص (ISAPRES) من أجل تحفيز نظم الرعاية الصحية الخاصة، وأدخلته الحكومة مثل كل أشكال إصلاح السوق الأخرى مستهدفة خلق نظام بلا ضوابط يستطيع فيه مقدم الخدمة وضع قواعد اللعبة ويواجه من يشتركون بهذا النظام عددا من المشاكل، مثل استمرار التمييز ضد كبار السن والنساء[3]. ورغم إدخال عدد من اللوائح التنظيمية الجديدة على هذا النظام منذ التحول إلى الديموقراطية، تشير بيانات عام ٢٠٠٢ إلى أن ٢.٥٪ فقط من المُسجَلين بالنظام يبلغ عمرهم ٦٩ عاما أو أكبر بينما تشكل النساء نسبة ٣١.٨٪ منهم فقط. يوجد اليوم حوالي ٣٦ منظمة تتبع هذا النظام، ومنذ ١٩٩٠ تقوم هيئة الإشراف العليا (Superintendencia) بوضع قواعده التنظيمية. خفض إنشاء هذه الهيئة التنظيمية معظم الانتهاكات وممارسات التمييز داخل النظام.

يقوم نظام القطاع العام في الممارسة العملية بدور النظام "الجامع"، حيث إن أولئك الأفراد المشتركين بنظام الـ ISAPRES يستطيعون التحول من النظام العام في أي وقت. ومع ذلك، العودة مرة أخرى إلى إحدى مؤسسات هذا النظام يصبح أكثر صعوبة. وأكثر من ذلك، أصبح سلوكا شائعا أن يبحث الأفراد المشتركين في إحدى مؤسسات الـ ISAPRES عن الرعاية الطبية في القطاع العام إما لأن المؤسسة لا تغطي علاج مرض معين أو بسبب سوء توزيع الخدمات التي تقدمها الـ ISAPRES عبر البلاد[4]. وهكذا، بحلول شتاء عام ١٩٩٨ حوالي ٢٠٪ من الذين تلقوا خدمات النظام

---

(3) S. Borzutzky,Vital Connections: Politics, Social Security and Inequality (Notre Dame: Notre Dame University Press, 2002).

(4) Ibid., p.237.

الصــحي القطاع العام كانوا في الحقيقة مقيدين في إحدى مؤسســات الـ ISAPRES[٥] .
كان عام ١٩٩٩ هو أســوأ عام لهذا النظام، حيث إن مؤسســاته فقدت حوالي ١٢,٢٪ من المشــتركين وسجلت الصناعة خسائر ثقيلة[٦]. أكثر من ذلك، تدهور الشعور العام نحو الـ ISAPRES بســرعة بسبب الاتهامات بالتزوير والتمييز ضد الأكبر سنا والأكثر مرضا.

باختصــار، يتشــكل النظام الصــحي في شــيلي منذ عام ١٩٨١ مــن فرعين: قطاع عــام وقطــاع خاص، وللموظفيــن والعمال حق الاختيــار في إيداع نســبة الـ ٧٪ من ضــريبة الصــحة إما في نظام القطاع العام أو الخاص. يدير الصندوق القومي للصحة (FONASA) النظــام الصــحي القطاع العام، والــذي يقدم بدوره الاختيــار التأميني لتلقي الرعاية إما من خلال مستشــفيات القطاع العــام أو من خلال نظام فواتير مُمولة جزئيا بالصندوق والجزء الآخر يدفعه المُؤمَّن عليه؛ ويسمح هذا الاختيار للمؤمن عليه بأن يتلقى الرعاية من الأطباء والمستشــفيات المشــتركة في هذا النظــام التأميني. وإذا اختار المُؤمَّن عليه نظام القطاع الخاص، تذهب نســبة ٧٪ إلى مؤسســة الـ ISAPRE التي يختارها، والتــي تقدم بدورها أنواعا عدة من الخطط التأمينية. وبناء على الخطة التأمينية التي يختارها المُؤمَّن عليه، ســوف تتضــاعف مســاهمته في هذا النظام بنسبة تتــراوح بيــن ٤-٧٪ أخرى من أجره. ومع أخذ تكلفة القطــاع الخاص في الاعتبار، يتلقــى فقــط ٢٦٪ من المُؤمَّــن عليهم خدماتهم مــن القطاع الخاصــ؛ ويتلقى ٦٢٪ من خلال الصــندوق القومي للصــحة (FONASA) ونســبة ٣٪ من خلال الخدمات الطبية للقوات المســلحة والشرطة. ويتحمل القطاع العام أيضا مسئولية تقديم الخدمات الطبية الوقائية، مثل برامج التطعيم، والوقائية من الأمراض المعدية وصــيانة خدمات المياه والصرف الصحي.

(5) La Tercera Internet, Sept 1, 1998.

(6) El Mercurio electrñico, 29 May 2000, and Superintendencia de Institutos de Salud Previsional, Annual Statistics at www.sisp.cl/estd/e-sintes.

الانتقال إلى الديمقراطية

انتهى نظام حكم بينوشيه في ١٩٨٩ وحافظت نظم الحكم الديمقراطية الجديدة المنتخبة على استمرار نموذج اقتصاد السوق، بينما خصصت اعتمادات أكبر وسياسات عامة جديدة لتخفيض الفقر وتحسين مستويات المعيشة لسكان شيلي، خصوصا الفئات منخفضة الدخل. في مجال الصحة، تضمنت حقبة بينوشيه تخفيض التمويل الحكومي حتى وصل في عام ١٩٨٥ إلى مستوى أقل من عام ١٩٧٥ بنسبة ٣٦٪، ونتج عنه نظام فادح الظلم وعدم المساواة يفضل الفئات ذات الدخل الأعلى والمناطق الحضرية ويعطي القليل للفئات ذات الدخل الأقل والمناطق الريفية(٧).

زاد تحالف يسار الوسط (Concertació n) الذي سيطر على حكومة شيلي منذ عام ١٩٩٠ عبر السنوات من الالتزامات المالية في مجال الصحة بشكل ملموس. وارتفع الإنفاق الصحي الإجمالي عام ١٩٩٧ إلى ما يقرب من ٣.٦ مليار دولار أمريكي -حوالي ثلثا هذا الرقم يمثل الإنفاق العام والثلث هو الإنفاق الخاص- وبلغ الإنفاق الإجمالي على الرعاية الصحية عام ١٩٩٧ نسبة ٥.٠٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي، وبلغ إنفاق القطاع الخاص ٢.١٣٪ منه. بين عامي ١٩٩٧ و٢٠٠٢، نما الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بما يقرب من ١٥٪، وبحلول عام ٢٠٠٢، موّل الدعم المالي ٤٨٪ من ميزانية القطاع العام الصحي؛ و٣٣٪ من الميزانية جاءت من الضرائب التي يدفعها المؤمَّن عليهم و١٧٪ جاءت من مصادر أخرى(٨). بلغ الإنفاق الصحي بالنسبة للفرد ٣٠٣ دولارات أمريكية -محسوبا على أساس سعر تغيير العملة الرسمي- وبلغ الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية ٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي. تُقدر تكلفة الفرد بحوالي ١٣٣ دولارًا أمريكيًا -محسوبا على أساس سعر تغيير العملة الرسمي- بلغ الإنفاق الصحي الكلي في القطاع الخاص ٥٤٪ من الإنفاق الصحي الكلي، وهي تكلفة باهظة مع أخذ العدد الصغير من الناس الذين يغطيهم هذا النظام في الاعتبار.

---

(7) Balance económico y social del régimen militar, Apuntes Cieplan, No 76, 1988.

(8) Sistema Regional de Datos BJsicos de Salud-Peril de Salud de PAFS 2001-Chile available on www.paho.or/spanish/sha/prflchi,htm, pp. 11 &12.

داخل القطاع الخاص الصحي، تُقدّر نسبة ما يدفعه التأمين الصحي الخاص من تكلفة الخدمة بحوالي ٤٠.٣٪ بينما يدفع المنتفعون مباشرة من جيوبهم ٥٩.٦٪ من التكلفة(٩).

بنهاية التسعينيات، واجه النظام الصحي في شيلي عددا من المشاكل الكبرى تمتد جذورها إلى نقص التمويل الكافي. تضمنت هذه المشكلات النوعية؛ نقص في تقديم خدمات الرعاية الأولية، وبنية تحتية قديمة جدا ومتهالكة للمستشفيات، والاحتياج إلى توفير تغطية للأمراض الكارثية التي تأتي مع التقدم في العمر، لأن معدل توقع البقاء على قيد الحياة في شيلي قد زاد من ٥٤ عاما في ١٩٥٢ إلى ٧٤ عاما بالنسبة للرجال و٨١ عامًا بالنسبة للنساء في ٢٠٠٤ (١٠)، ومع هذه الزيادة زادت فرص المعاناة من هذه الأمراض الكارثية(١١). وجدت هذه المشكلة جزئيا حلا لها عام ٢٠٠٢ عندما وافقت الـ ISAPRES على ضم فقرة في كل تعاقداتها التأمينية توفر حماية أساسية في حالات الأمراض الكارثية(١٢). حدد الترتيب الجديد المرض الكارثي بمعايير التكلفة، وضم كل الأمراض التي تزيد تكلفتها عن الخصومات. وفرت خطة AUGE حلولاً جديدة أخري سوف نتناولها بالتحليل أدناه.

ورغم كل الزيادات في الميزانية، ما زالت أكثر المشاكل حسما في نظام الرعاية الصحية هي نقص التمويل والمنافع غير المتساوية للجميع. نسبة الـ ٧٪ الضريبية على الأجر لا تكفي ولا تغطي الاحتياجات الأساسية سواء للقطاع العام أو الخاص. وفي حالة القطاع العام، تغطي نسبة الـ ٧٪ فقط حوالي نصف الميزانية والنصف الآخر مموّل بالدعم المالي. ولكن هذا لا يكفي، ونتيجة لذلك يضطر المريض للانتظار حتى يحصل على الرعاية الأساسية؛ والموارد الأساسية، مثل الأدوية والمعدات الطبية،

---

(9) Organizacion Mundial de la Salud, Core Health Statistics, Available internet.

(10) Ibid.

(11) M. E. Salazar, "Las enfermedades catastrficas y su cobertura" (Catastrophic Diseases and Coverage) en Caviedes ed., p. 109.

(12) Ibid., p 119-130 & Superintendencia de ISAPRES circular 59.

شـحيحة؛ وأجور قـوة العمل متدنية. فـي الواقع العملي، نظام الدولـة متروك لمهمة رعاية أفقر الفئات الاقتصـادية، التي تشـمل حوالي ٣ ملايين من السـكان الأصليين، إضـافة إلى كبار السـن وأصـحاب الأمراض الخطيرة ٩٥٪ ممـن يعانون من الإيدز ويحتاجون إلى الغسـيل الكلوي يتلقون علاجا مجانيا من القطاع العام. وتحتاج الفئتان إلى إنفاق صـحي عالٍ ولا يعود من وراء علاجهم سوى فوائد قليلة. فيما يتعلق بمسألة المنافـع غير المتسـاوية، مارس النظام بشـكل تقليدي تمييزا ظالما ضـد الفئات الأقل دخـلا ووفر خدمات فقيرة في المناطق الريفية. وهكذا، بينما تتوافر تغطية غزيرة في أحياء ذوي الدخول الأعلى بالمراكز الحضرية الكبيرة، كانت هناك دائما قوائم انتظار طويلة لخدمات الرعاية المتخصصة والجراحة في أحياء ذوي الدخول المنخفضة[١٣].

جعلت حكومة لاجوس (٢٠٠١-٢٠٠٥) وحاليا حكومة باشـيليت من قضية الإنفاق الصـحي أولوية لها وزادت بشـكل ملموس من ميزانية الرعاية الصـحية مع التركيز على ميدانين رئيسـيين: تحسين منشآت المستشـفيات وزيادة القدرة على الوصول إلى خدمـات الرعاية الأولية. وزادت حكومة لاجوس من الإنفاق الصـحي حوالي ١٥٪ فيمـا بين عامـي ٢٠٠١ و٢٠٠٣، بما فيها زيـادة ٤٪ في ميزانية المستشـفيات و١٤٪ زيادة في ميزانية رعاية استقبال الحالات المرضية الحادة[١٤].

الرئيس باشـيليت بحكم كونه دارسـا للطـب قدم التزامات كبرى لتحسـين الرعاية الصـحية وزاد بشـكل قـوي من ميزانيـة الرعايـة الصـحية. مثـلا، زادت ميزانية المستشـفيات والمعدات الطبية ١٠٦٪ بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠٠٧ من أجل تحقيق هدف مستشفى واحد لكل ٣٤ ألف مواطن في المستقبل القريب. احتوت ميزانية ٢٠٠٧ أيضا ١٦٪ زيـادة في ميزانية الرعاية الأولية، وهذه الموارد الجديدة سـوف تسـمح للنظام الصحي العام بتقديم خدمات رعاية أولية إلى ٥٪ آخرين من السكان (بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٧ زادت ميزانية الرعاية الأولية ٢٠٠٪). ومن المهم أيضا ملاحظة أن الحكومة

(13) A. E. Latorre, "La reforma de la salud: Una obligación social", Foro, Septiembre 2004.

(14) El Mercurio.com 10 Feb, 2003, available on internet.

قد حسنت من إدارة وأداء المستشفيات العامة من خلال إدخال ممارسات إدارية أفضل وأفكارًا عن التنافسية والاستقلال الذاتي. باختصار بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠٠٧، زادت ميزانية الصحة بنسبة ١٣٪ لتصبح حوالي ٤.٥ بليون دولار أمريكي(١٥). ومن المهم أن نذكر هنا أن الناتج المحلي الإجمالي لشيلي هو ٢٠٢ بليون دولار أمريكي والناتج المحلي الإجمالي للفرد هو حوالي ١٢ ألف دولار(١٦). طبقا لمنظمة الصحة العالمية بلغ الإنفاق الصحي ٦.٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي عام ٢٠٠٤، لكن مع التسليم بالزيادة السريعة في الناتج المحلي الإجمالي في السنوات الثلاث الأخيرة فإن الإنفاق الصحي الإجمالي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي قد انخفض فعليا.

إدارة الرئيس لاجوس وخطة AUGE

اتسمت السياسة الصحية لإدارة الرئيس لاجوس بابتكارات صحية كبرى، شملت تطوير برنامج مبتكر ومثير للجدل أُطلق عليه الخطة AUGE، أو خطة "الوصول الشامل للرعاية الصحية مع ضمانات صريحة" (من المهم ذكر أن الأحرف الأولى لاسم الخطة في الإسبانية تعني: القوة والكرامة والمجد)، وإدخال أفكار التنافسية والإدارة الذاتية للمستشفيات إضافة إلى خصخصة بناء مستشفيات جديدة. وبينما كان من غير الممكن الاستمرار في محاولة خصخصة بناء وإدارة المستشفيات الجديدة نتيجة المعارضة المكثفة من كل من الائتلاف الحكومي والمعارضة.

وإدخال فكرة الإدارة الذاتية تقدمت وتطورت سريعا، لكنها لم تحل مشكلة نقص المنشآت العلاجية الكافية.

(15) C. Selman Calavaro, "El presupuesto para inversiones de la cartera es mas del doble del aõpasado: El ambicioso portafolio en salud", ElMercurio.com, April 1, 2007, available on internet.

(16) CIA, World Factbook, 2007.

سوف نقوم أولاً بتحليل الخطة ومن ثم نعود إلى السياسات العامة المتعلقة بالمستشفيات. في أبريل ٢٠٠٢، أعلنت وزارة الصحة أنها سوف تبعث إلى الكونجرس بخطة جديدة تستهدف تغطية ٥٦ مرضا أساسيا وتشمل هذه الأمراض ١٦٠٠ تشخيص مختلف، وأنها سوف تعمل على تكامل القطاع العام والخاص في النظام الصحي. سوف توفر الخطة من بين المنافع الرئيسية خدمات الرعاية المتكاملة للأمومة، لتشمل دعما ماليا لرعاية الحمل وما بعد الولادة، ورعاية مرضى الداء السكري، والضغط والصرع والإيدز والسرطان والأمراض العصبية من بين أمراض أخرى. ما كان محل التشديد هو أن هذه الأمراض الست والخمسين معا تمثل ما يقارب ٨٠٪ من الإنفاق الصحي. ومع ذلك، لم تتضمن الخطة تقديم منافع جديدة، ببساطة كانت الخطة شكلا جديدا من تمويل هذه المنافع التي التزم القطاع العام– في الحال – بتقديمها، ولكنه في الواقع العملي لم يكن يستطيع الوفاء بتكاليفها الاقتصادية. كما استتبعت الخطة تطوير بروتوكولات حازمة يستخدمها الأطباء في معالجة الحالات لتخفيض التكلفة.

في الواقع، ما تنطوي عليه الخطة هو مجموعة من ضمانات أربع: ضمانة القدرة على الوصول إلى الخدمات، بناء عليها سوف يتلقى المُؤمَّن عليه الرعاية؛ وضمانة الفرصة، التي تؤكد الرعاية الفورية وسوف تنهي قوائم الانتظار –من المتوقع أن يحصل المُؤمَّن عليه على جدول زمني للعلاج أثناء الزيارة الأولى– ضمان جودة الرعاية؛ والضمان المالي وهو توافر المال الذي سوف يدفع مقابل الخدمات المطلوبة وأن المُؤمَّن عليه لن يدفع أكثر من ٢٠٪ من تكاليف العلاج. تم تحديد المسئولية المالية بالنسبة للمشاركة في الدفع طبقا لشريحة الدخل، ويضع النظام حدودا للمشاركة في الدفع على ألا تزيد على ما يعادل أجر شهرين مقابل أي علاج. يتلقى السكان الأصليون رعاية مجانية[١٧]. وطبقا لما يقوله أنصار هذه الخطة، فور التنفيذ الكامل لها –منتصف عام ٢٠٠٧– سوف تنخفض التكلفة الطبية بتحديد عدد الفحوصات وأنواعها التي يطلبها الأطباء لكل علة، وتحسين الإحصائيات الطبية الأساسية حيث إن الستة والخمسين مرضا التى تغطيها الخطة مسئولة عن ٨٠٪ من كل الوفيات في شيلي[١٨].

(17) Latorre, op. cit.

(18) Ministerio de Salud, "Plan Auge", available on internet www.minsal.cl.

اقترحــت الحكومة تمويل الخطة بفرض ضــرائب جديدة علـــى الكحوليات، والتبغ والبنزين وضرائب القيمة المضافة(١٩). وواحدة من أكثر سمات الخطة إثارة للجدل كانت فكرة تشــكيل صــندوق للتضــامن عن طريق أخذ ٠.٦ ٪ من ضريبة الســبعة في المائة الصحية التي تذهب لمؤسسات الـ ISAPRES واستخدامها لتمويل صندوق جديد لرعاية الأمومــة؛ ويدفع هذا الصــندوق إعانات مالية لرعاية ما قبل الحمــل وما بعد الولادة. أصــبح هذا الصــندوق بؤرة لنزاع خطير بين الحكومة والـ ISAPRES وأنصارهم في التحالف اليميني المعارضــ (Alianza por Chile). وبينما كان منطق الحكومة هو أن خلق هذا الصــندوق له ما يبرره لأن ٨٠٪ من الأمــوال التي تُنفق في الإعانات المالية للأمهات تذهب إلى نســاء مســجلات فــي الـ ISAPRES، وجادلت مؤسســات القطاع الخاص بأن الحكومة تســعى لفرض ضــريبة جديدة على الطبقة الوسطى وأنها تحاول زعزعة استقرار الـ ISAPRES ونظامها المالي.

وبينما ترى الحكومة أن برنامج AUGE خطوة حاســمة في طريق تحســين الصحة العامة في شــيلي، لا يرى الآخرون في البرنامج ســوى خطوة نحو خصخصة النظام الصــحي بأكمله، حيث إن البرنامج يجبر المستشــفيات على التنافس في تقديم الخدمات والمنافع الصــحية وتحقيق أكفأ اســتخدام للموارد. وطبقا لدراســة أجراها ســي. بي. كابيتاليس، أحد الاستشــاريين في القطاع الخاص، ســوف يتحمل المنتفع تكلفة تصــل إلى ٥٠-٩٠ ألف دولار أمريكي في الســنة وتصــل مســاهمة الدولة في هذا النظام إلى ٧٨٥٧٨٠ دولارًا أمريكيًــا بحلول عام ٢٠١٠، وهي أقل مما تســاهم به الدولة اليوم. وطبقا لنفس الدراســة، الهدف النهائي للحكومة هو تخفيض مشاركتها المالية في تقديم الخدمات الصــحية بخلق نظام تتنافس فيه المؤسسات على تقديم الخدمة وعلى الأسعار ولا تلعب الدولة فيه سوى دور "مقدم الدعم المالي"(٢٠).

(19) Ministerio de Salud, "Financiamiento del Sistema AUGE", available on internet: www.minsal.cl.

(20) Diario Estrategia (8/05/2002), available on internet.

الجمعيــة الطبية في شــيلي (Colegio Médico de Chile)، وهــي المعادل للجمعية الطبية الأمريكية، وكانت أحد المناوئين وأعلاهم صوتا لخطة AUGE. ورأت الجمعية أن الخطة مقدّر لها الفشل؛ لأنها بُنيَت على أسس نظام رعاية صحية منهار يعاني نقصا في المستشــفيات والتكنولوجيا اللازمة، ولأن الجمعية تستشــعر أن الخطة هي طريقة لتخفيض الالتزام الحكومي بتقديم الخدمة الصــحية. كما عارض الأطباء أيضــا وضع ضوابط بيروقراطية على القرار والممارسة الطبية بهدف احتواء التكاليف. في الواقع، تضمنت الخطة نظاما تفصيليا من البروتوكولات التي سوف يستخدمها الأطباء، تشمل نوع وعدد الفحوصــات، التي يمكن طلبها والأدوية التي يمكن وصفها لكل مرض من الأمراض التي تغطيها الخطة.

وانتقد الأطباء أيضــا منطق الحكومة في اختيار العلل المرضية التي تشملها الخطة. مثلاً، جمعية طب الأطفال في شيلي وجمعية الأمراض العصبية في الأطفال والمراهقين انتقدت أنه بينما تغطي الخطة أمراضــا نادرة، مثل التكيس الليفي (Cystic Fibrosis)، وهو المرض الذي يصــاب به من ١٠ إلى ١٥ حالة في الســنة، فإنها لا توفر أي غطاء لأمراض مثل اضطراب نقص الانتباه والاكتئاب الذي يصيب حوالي ١٥٪ من أطفال شيلي وتنتــج عنهما عواقب وخيمة تؤثــر على النظام التعليمــي والمجتمع ككل. يقول الدكتور توماس ميتا، رئيس الجمعية: "إننا لا نعرف ماهي المعايير المستخدمة لاختيار الأمراضــ. ونحن نؤمن أنه كان هنالك ثمة معيار على أســاس التكلفة ومعدل حدوث حالات جديدة، ولكن يجب استشــارة الجمعيات العلمية"[٢١]. بالتأكيد من الصــعب فهم معاييــر الحكومة. وعلى ســبيل المثال، غطت الخطــة أوليا الاكتئاب بين النســاء بين ســن ٢٠-٤٤ فقط، ولكنها لم توفر حماية للنســاء فوق سن الأربعة والأربعين، وهن علــى الأرجح أكثر تعرضــا للمعاناة مــن الاكتئاب؛ والخطة تغطي إدمــان الكحوليات والمخــدرات فقــط للفئة العمريــة بين ١٥-٢٤ ســنة، وكذلك تغطي الذُهــان فقط للفئة العمرية بين ١٥ و٢٩ عاما[٢٢].

---

(21) V. H. Durɹn "Médicos critican baja cobertura mental del Auge" El Mercurio, Febrero, 4, 2003, available on internet.

(22) V. H. Durɹn "Nuevo boycot médico contra el plan AUGE" El Mercurio, Febrero 1, 2003, available on internet.

في يوليو ٢٠٠٤، بعد شهور من المفاوضات، اعتمدت لجنة الصحة في مجلس الشيوخ الشيلي على مسودة توافقية. من أجل الحصول على تأييد ائتلاف الجناح اليميني، اضطرت الحكومة أن تسحب من الخطة بند خلق صندوق للتضامن يفرض تحويل الأموال من مؤسسات القطاع الخاص الصحية (ISAPRES) إلى القطاع العام. وطبقا لبدرو جارسيا، وزير الصحة، قررت الحكومة التوافق والدخول في ترضيات من أجل الحصول على تأييد لقانون الخطة، حيث إنه دون هذه الترضيات كانت الخطة سوف تموت داخل اللجنة(٢٣). يوفر قانون الخطة في صورته النهائية رعاية بضمانات لخمسة وعشرين مرضا في ٢٠٠٥، و٤٠ آخرين في ٢٠٠٦ و٥٦ آخرين ٢٠٠٧. تضمن القانون التوافقي أيضا تحديد رسم مشاركة في الدفع بحد أقصى ٢٠٪ لو كانت التكلفة الفعلية أعلى من التكلفة التقديرية الحكومية. أي قيمة تزيد عن الـ ٢٠٪ سوف تتكفل بها إما FONASA أو ISAPRE، بناء على المكان المُقيد به المريض(٢٤). أيضا أنشأ القانون نظاما لبحث النزاعات وحلها قبل التقاضي في حالات سوء الممارسة الطبية لاحتواء القلق المتنامي من ارتفاع تكلفة التعويضات بسبب الإهمال الطبي، وأيضا استجابة لمطلب من المطالب العديدة التي يرفعها الأطباء(٢٥).

استمر الأطباء في معارضة الخطة، وكان نقدهم موجها إلى تقييد الخطة لاستقلاليتهم وإلى أن الخطة تولّد مظالم أوسع مما كان قائما في نظام الرعاية الصحية، تضطرهم إلى التمييز بين مرضاهم وهو ما اعتبروه غير أخلاقي. غيرت الخطة الجديدة دون شك من الطريقة التي كان يُمارس بها الطب في شيلي وهددت بتقليص حرية الأطباء. إلا أن معارضة الأطباء هذه لم تردع الحكومة والخطة اليوم تعمل بكامل طاقتها وتُرِك الأطباء لخيار وحيد وهو قبول الخطة.

كانت النقطة التي أثارت أكثر الجدل والنزاع هي تمويل البرنامج. حتى أعضاء

(23) El Mostrador.CL, May 12, 2004, "AUGE, Minsal justifica exclusiń de fondo de compensaciń". Available Internet http://www.elmostrador.cl/.

(24) El Mostrador.CL, May 19, 2004 and July 12, 2004,"Senado aprob´en general el plan AUGE" and "Alianza retira disputada indicaciń del plan AUGE", available on internet.

(25) El Mercurio, July 16, 2004, Comisiń de Salud despacha el AUGE, available on internet.

الائتــلاف الحكومــي أدركوا عدم وجود تأييد سياســي داخل الائتــلاف الحاكم لزيادة ضريبة القيمة المضــافة (Value Added Tax) كما أدركوا أنه يجب إعادة تقييم مصادر جديدة للإيرادات.

الخطة AUGE في التنفيذ ونقص أسرة المستشفيات

منذ البداية الأولى توسـعت الخطة في التغطية أولاً لتشمل ٤٠ علة ثم امتدت التغطية لتشمل العلل الست والخمسين كلها منذ منتصف ٢٠٠٧. بنهاية عام ٢٠٠٦، كان موضع فخر وزيرة الصـحة، ماريا سوليداد باريا تقرير أن ما يزيد على ٢.٥ ملايين شخص قد استخدموا المنافع المقدمة بواسطة الخطة AUGE. ولاحظت الوزيرة أيضا أن ١٨٠ ألف شـخص قد لجأوا إلى رعاية الاكتئـاب التي قدمها البرنامج منذ بداية ٢٠٠٦ لأول مرة، وكان معظم هؤلاء المرضـى من النساء[٢٦]. قدمت الخطة أيضا مزايا وخدمات جديدة، تشـمل تقديـم خدمات إعادة التأهيـل لعلاج إدمان المخـدرات بين المراهقين الذين زادت أعدادهم سـريعا (تقول التقديرات الرسـمية إنه على الأقل ١٢ ألف شـاب بين ١٠-١٩ سنة من العمر أدمنوا تناول المخدرات). خصصت الحكومة أيضا موارد للوقاية، وضمت رعاية الولادة الى خدمات الخطة الجديدة[٢٧].

وبينما أخذ مؤسسـو النظام ينظرون في مسـتقبله، أثارت عديد من المجالات قلقهم وانتباههم، شـاملةً تكلفة الأدوية وتوافرها، ونقص المستشـفيات وأسـرّة المستشفيات المطلوبة لمقابلة الطلب الذي سـوف ينتج عند التنفيذ الكامل للبرنامج، والتمويل طويل المدى للبرنامج. فمثل كثير من البلدان الأخرى فإن أسـعار الدواء في شيلي غالية جدا وتكلفة هذه الأدوية تصل إلى ثلثي ميزانية الرعاية الصحية الكلية للأسرة وتمثل ٩.٢٪ من نفقات الأسـرة. اقترحت الوزيرة باريا مضاعفة القدرة على الوصول إلى الأدوية

(26) D. Varas, "Balance del sistema pblico de salud: Atenciones a depresivos llegan a mas de 180,000 en 2006", ElMercurio.com, Diciembre 28, 2006, available on internet.

(27) P. Elgueda, "Ingreso al plan AUGE: Adolescentes adictos podran optar a terapias garantizadas", ElMercurio.com, Junio 28, 2006.

الجنيسة (generic drugs)، لكن لم تخرج خطة حكومية إلى حيّز التنفيذ بعد[٢٨]. أشار استطلاع للرأي أجرته وزارة الصحة في ٢٠٠٦ إلي انتشار واسع لسخط المريض على طريقة وصوله إلى الدواء[٢٩].

وبينما تحتفل الحكومة بشكل مبالغ فيه بالتنفيذ الكامل للبرنامج في يوليو ٢٠٠٧، يتهم الأطباء والخبراء الحكومة بعدم توفيراعتمادات كافية لاستدامة الطلب المتزايد على أسرّة المستشفيات. في الواقع، تسبب البرد القارس في نهاية يونيو والأسبوع الأول من يوليو في وباء عمومي لأمراض الجهاز التنفسي وهو ما أظهر عدم استعداد المستشفيات للتعامل مع هذا الطلب المتزايد عليها. وبكلمات الدكتور كاسترو، "أثناء نهاية هذا الأسبوع -الأسبوع الأخير من يونيو- لا توجد أسرّة احتياطية في سانتياجو يمكن استخدامها لرعاية حالات المرض بالغة السوء". وحينما زار الدكتور كاسترو المستشفيات الكبرى في سانتياجو استطاع أن يرى كيف يُعالج المرضى في ردهات المستشفى لعدم توافر غرف إقامة خالية لهم. طالب الدكتور كاسترو بزيادة الأموال المخصصة لهذا القطاع "من أجل تنفيذ خطة AUGE في ظروف تتحلى بالمصداقية"[٣٠]. تشير الدراسات التي أجراها خبراء اقتصاد الصحة وخبراء آخرون إلى نفس المشكلة.

وفي الوقت الذي تدرك فيه الحكومة أبعاد المشكلة جيدا وتزيد بسرعة من ميزانية بناء المستشفيات كما أشرنا أعلاه، يأتي تنفيذ الخطة AUGE في صورة صب الزيت على النار؛ حيث تنشأ الحاجة إلى مزيد من الأسرّة لرعاية مرضى الخطة، وبذلك ينشأ وضع سوف يخفّض ما هو متاح من أسرّة لرعاية الحالات الحرجة. المشكلة تخلق وضعا حادا على نحو خاص خارج العاصمة سانتياجو. بكلمات وزيرة الصحة، المطلوب هو "مزيج كافٍ من البنية التحتية والتجهيزات الطبية والإخصائيين". وبينما

(28) D. Varas, "Estudio nacional sobre satisfacción y gasto sanitario: FJrmacos pesan en el sector salud", El Mercurio.com, Abril 20, 2007.

(29) Ministerio de Salud, "Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud, 2006

(30) S. Rivas, "Salud y Colegio Médico chocan por el AUGE", El Mercurio.com, July 2, 2007.

تمول وزارة الصحة مشاريع جديدة موجهة نحو تحسين المستشفيات القائمة وبناء الجديد منها، "يجب أن يتحلى المريض بالصبر حتى تكتمل هذه المشروعات"(٣١). ويقدّر النقص في أسرّة الحالات الحرجة بحوالي ٤٠٪.

أصبح سؤال كيف نمول الخطة قضية غير محلولة منذ البدء. شرعت الخطة في التحرك من البداية دون تمويل كاف منذ فشلت الحكومة في الحصول من الكونجرس على التمويل المطلوب. تقول دراسة أجراها ريكاردو بيتران وشركاؤه: إنه بينما تتحرك الحكومة نحو التنفيذ الكامل للبرنامج، سوف تعاني جودة الخدمات المقدمة بالتأكيد مع العلم بنقص التمويل الكافي. برناردو لوكيه، من مكتب التوراس للإدارة، يشير أيضا إلى نفس الظاهرة(٣٢).

سوف تصبح مشكلة اليوم هي مشكلة الغد ولكن في صورة أسوأ. طبقا للتقديرات الحكومية، سوف تزيد التكلفة المتوقعة للبرنامج أربعة أضعاف في عام ٢٠٢٠ مع التسليم بحقيقة أن شريحة السكان فوق ٦٠ عاما سوف تزيد إلى ما يقرب ٣.٢ مليون (هم اليوم حوالي ١.٨ ملايين). من الجدير أيضا ملاحظة أن شريحة السكان فوق ٦٠ سنة تصل إلى نسبة ١١.٤٪ من السكان وأن ٧.٤٪ منهم فقراء أو من السكان الأصليين ولا يستطيعون دفع مقابل رعايتهم الصحية(٣٣).

في الإجمال، منذ يوليو ٢٠٠٧، تغطي الخطة AUGE كل العلل الست والخمسين المتضمنة في القانون وتعلم الأطباء على مضض كيف يتعاملون مع ضوابط النظام وأحكامه. وفي الوقت الذي زادت فيه الحكومة الحالية من الميزانية ما زال هناك مزيد من الاحتياجات يجب الوفاء بها بشكل فعّال لتقديم المنافع الواردة بالخطة AUGE

---

(31) "Crisis hospitalaria en el pas: Ministra de Salud pide paciencia" El Mercurio, Julio 31, 2006, available on internet.

(32) D. Varas, "Duros cuestionamientos de expertos que participan en el desarrollo del plan: Financiamiento pone en jaque al AUGE" Agosto 4, 2006 El Mercurio, available on internet.

(33) gasto en salud hacia 2020 D. Varas, "Estudio de la Superintendencia de Salud; El adulto mayor cuadruplicara" El Mercurio.com, available on internet.

ولتحسين قدرات المستشفيات لخدمة كل من مرضى الخطة AUGE وغيرهم من المرضى الآخرين. ولو كان الهدف من البرنامج تقديم جودة وتوافر الرعاية الطبية في شيلي للجميع وليس للقلة فقط، ولن تتحقق هذه الأهداف إذا لم تُخصص مزيدا من الاعتماد للبرنامج.

الخلاصة

شيلي اليوم بلد نامٍ ناجح. ويتمتع باستقرار مالي، ودين خارجي صغير، وتضخم بسيط، وفائض ميزان مدفوعات لا بأس به في ٢٠٠٦ يصل إلى ٦٪ من الناتج الداخلي الإجمالي، ولهذا قررت الحكومة الاستثمار في الخارج لتجنب ما يُسمى "المرض الهولندي". وبينما الاستمرار في اتباع سياسات مالية محافظة تُركز على ضرورة استثمار مكاسب صناعة تعدين النحاس في أسواق الأسهم والسندات الآسيوية وأسواق أمريكا اللاتينية وأوروبا يمثل منطقا مقبولا لصانعي القرار الاقتصادي، فإن زيادة الالتزامات المالية في مجال الصحة يمثل أيضا منطقا مقبولا.

تمتلك خطة AUGE إمكانية لتقديم رعاية علاجية لحوالي ٨٠٪ من أكثر أمراض البلاد خطورة، لكن لو لم يوفر صانعو السياسات التمويل الكافي لها، وما سوف ينجم عن الخطة AUGE على الأرجح هو عدد من المشاكل التي سوف تُظهر فقط مدى ضعف النظام الصحي، بما يشمله من نقص عدد أسرّة المستشفيات وقِدَم وتهالك البنية التحتية وسوء التوزيع الشديد للموارد، الذي يجعل من تقديم رعاية صحية كافية في المناطق الريفية تحديا حقيقيا. وتظهر بوضوح المشاكل التي عانيناها أثناء شتاء ٢٠٠٧ وهى أن مستشفيات سانتياجو، حيث يجد المرء أكبر عدد من أسرّة المستشفيات بالنسبة للفرد، في مواجهة موجة برد قارس ووباء بأمراض الجهاز التنفسي، لا تستطيع خدمة الطلب المتزايد على الرعاية الطبية.

تبدو حكومة الرئيس باشـيليت ملتزمة بتخفيض الفقر وتحسـين الصـحة والبرامج الاجتماعية الأخرى الموجهة نحو خلق مجتمع عادل اجتماعيا. من المطلوب الإشـادة بالحكومة لزيادتها ميزانية الرعاية الصـحية سـريعا، ولكن يبقـى مطلوبا عمل المزيد والمزيد. وسوف تصبح ضمانات الخطة AUGE بعناية فورية، ورعاية كافية وتغطية لحوالـي ٨٠٪ من النفقات الطبية، حقيقة واقعة إذا ما خُصِّصـت أموال جديدة للرعاية الصـحية. دون شك تقوم الخطة على أسـاس فكرة توفير قدرة متساوية للوصول إلي الرعايـة لمن يعاني من نفسـ الأمراض. ومع ذلك، من الممكن حل مشـكلة الفروق الضـخمة في جودة وتوافر الرعاية بين الريف والحضر وبين مرضى الخطة AUGE وغيرهـم من المرضـي، فقط من خلال التزام صـادق بتمويل البرنامج والاسـتثمار المطلوب في البنيـة التحتية من أجل جعل أهداف التضـامن والعدالة الاجتماعية حقيقة واقعة.

الجزء الرابع
إفريقيا والحق في علاج الإيدز

الفصل الثامن

العدالة والتقاضي: التقدم بالعدالة والتضامن من خلال حقوق مواطني جنوب إفريقيا في التشريعات الصحية

ليزا فومان Lisa Forman

المقدمة

تقدم فلسفة أحكام المحكمة الدستورية الجنوب إفريقية تصويرا إبداعيا لطاقات العدالة الاجتماعية واجبة النفاذ داخل الحق في الصحة. تتحدى هذه الفلسفة الاعتراضات التقليدية؛ بإظهار أن نفاذ هذا الحق يحتاج إلي قضايا فاسدة بشكل ديمقراطي أو نتيجتها صفر يدور موضوعها حول الموارد المحدودة. فعليا تفترض تجربة جنوب إفريقيا أن الحقوق الصحية واجبة النفاذ قد تساهم فعليا في درجة أعظم من التضامن الجماعي والعدالة الجماعية. وبينما لا تضمن مقاربة هذه المحكمة كل قضايا الحقوق، فإنها رغم ذلك تسعى لضمان عدم تقييد الحاجات الأساسية للفقراء بالمنافسة بين المصالح الخاصة والعامة. يعني تحقيق هذا التوازن التحوّل عن مقاربات الحقوق الليبرالية التقليدية، التي تُفتّت الأفراد إلى ذرات مفصولة عن سياقها الاجتماعي والتركيز على حقوق الأفراد مُستبعِدة واجباتهم اللازمة. بدلاً من ذلك، تبنت المحكمة مقاربة للحقوق تُدرك بشكل أفضل حقائق الاعتماد المتبادل بين المجتمعات المحلية والشروط الاجتماعية الاقتصادية المسبقة للاستقلال الذاتي للأفراد ووكالاتهم. يحدد سياق الحقوق المستحدث هذا موقع الحقوق الفردية المدنية والاجتماعية داخل إطار العمل المجتمعي المحلي منبثقا من فكرة "الأوبونتو" (ubuntu) الإفريقية التقليدية، التي تشير إلى التضامن الجماعي، والإنسانية والمسئولية المتبادلة وتعترف بالاحترام والكرامة وقيمة كل

أعضــاء المجتمع. تقدم مقاربة الحقوق هذه أسـلحة قوية لأيـدي الفقراء لتحدي منطق القيود الذي يفرضه القطاع العام والخاص على احتياجات الرعاية الصحية الأساسية. إلا أن هذه الفلسفة تُصوّر أيضا حدود التقاضي كأداة تحويل اجتماعي، وحدود الحقوق الاجتماعية التي تظل محبوسـة في مخزن الأمتعـة الأيديولوجي حتى في المكان الذي تترسخ أو تكون واجبة النفاذ فيه.

وبينمـا تعزز مقاربة المحكمة أساسـا وجوب نفاذ الحقـوق الاجتماعية، فإن التنفيذ الحذر لأحكام الحقوق الاجتماعية قد يجسـد رغم ذلك الاعتراضــات الدائمة على هذه الحقوق.

تستكشـف هذه الورقة جوانب فلسـفة قرارات المحكمة الدسـتورية حول الحق في الصحة، بتقديمها

أولا: خلفية للحق في الصحة ومسوغاته التي تستند بشدة إلى قواعد دستورية.

ثانيا: استكشاف قرارات المحكمة الدستورية المبكرة حول هذا الحق.

ثالثا: اللجوء إلى وجوب نفاذ هذا الحق في علاقته بالسياسة الحكومية لعلاج الإيدز.

وأخيـرا: الخـروج بأفكار حول نقاط قوة ونقاط قصـور هذه القرارات في ضـوء السوابق القضائية اللاحقة.

جنوب إفريقيا وترسيخ حق التقاضي في الصحة

لا يمكن إيضــاح ترسُّـخ حق التقاضي في الصـحة بجنوب إفريقيا دون وضع هذه العملية في مكانها التاريخي خلال انتقال البلاد من حكم الفصــل العنصري (apartheid) إلي الديمقراطية الدسـتورية. قدم نظام الفصـل العنصـري نموذجا متناقضــا للقانون الخالــي من الأخلاقيات والنزاهة، وهو ما كان دافعا لبناء نظام دسـتوري جديد يلتزم بقوة بمجموعة متكاملة من حقوق الإنسـان على كل من المسـتوى المدني والمسـتوى

الاجتماعي. بالتأكيد دعم حزب المؤتمر الوطني الإفريقي (ANC) طويلا حماية الحقوق الاجتماعية، مدركا أن الحقوق المدنية وحدها لن تفعل الكثير لتصحيح التفاوت المادي الذي خلقه نظام الفصل العنصري وزاده اشتعالا. هذه البصيرة عبر عنها تعبيرا دقيقا بليغا، نيلسون مانديلا قبل أن يصبح أول رئيس أسود لجمهورية جنوب إفريقيا بعام:

> حق التصويت، دون طعام ولا ملاذ آمن ولا رعاية صحية سوف يخلق مظهر المساواة والعدالة، بينما التفاوت الفعلي ما زال مستحكما. لا نريد حرية دون خبز، ولا نريد خبزا دون حرية... إنكار مثل هذه المطالب سوف يعني القبول بالآثار غير الإنسانية للحرمان والفقر الجماعي نصيبا للغالب الأعم من شعبنا[1].

رسّخ الدستور الأخير مجموعة من الحقوق الاجتماعية والاقتصادية القابلة للتقاضي، في الطعام والصحة والماء والأمن الاجتماعي والسكن والتعليم وحقوق الأطفال في المرافق الاجتماعية الأساسية[2]. هذه الحقوق تحتل مكانا داخل دستور لمرحلة تحول واضحة، بالتزام تأسيسي منتشر في أركان هذا الدستور من أجل خلق دولة منفتحة قابلة للمحاسبة وسريعة الاستجابة تقوم على أساس المساواة والكرامة والحرية[3]. إضافة إلى الحقوق الاجتماعية الراسخة، تتضمن وثيقة الحقوق بنودا أخرى تقدمية بشكل واضح، مثل حظر التمييز على أساس النوع[4] والاتجاه الجنسي،

---

(١) خطاب نيلسون مانديلا في حفل تقليده الدكتوراه في القانون، بجامعة سوتشو في تايوان، ١ أغسطس ١٩٩٣.

(٢) قانون رقم ١٠٨ لعام ١٩٩٦ لدستور جمهورية جنوب إفريقيا (الدستور)، قسم ٢٧ (الطعام والرعاية الصحية والمياه والأمن الاجتماعي)، قسم ٢٦ (الإسكان)، ٢٩ (التعليم)، قسم ٢٨ (حقوق الأطفال في مرافق الأمن الاجتماعي). وبينما لم يضم الدستور المؤقت بين نصوصه الحقوق الاجتماعية الاقتصادية القابلة للتقاضي، فقد ضم عددا من الحقوق المتعلقة بالصحة، إضافة إلى الحقوق الاقتصادية لفئات سكانية بعينها مثل الأطفال والمعتقلين.
Constitution of the Republic of South Africa Act 200 of 1993, assented to 25 January 1994, date of commencement, 27 April 1994, sections 9, 10, 8, 29, 30(1)(c) and 25(1)(b).

(3) Constitution, preamble, and sections 1(a) and (d); 7(1); 36(1); 39(1)(a); 41(c); 195(1)(f) and (g).

(4) Constitution, section 9(3).

والتطبيق الأفقي "للأشخاص الطبيعيين والاعتباريين" شاملا الشركات الكبرى.[٥]

يرسخ الدستور عددا من الحقوق المتعلقة بالصحة، تشمل حقوق الأطفال لخدمات الرعاية الصحية الأساسية في القسم ٢٨ (١)(c) وحقوق المسجون في علاج طبي كاف في القسم ٣٥ (٢)(e)[٦]. الحق الشامل في الصحة موجود بالقسم ٢٧، الذي ينص على:

١. يجب أن يمتلك كل شخص الحق في سبل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، بما فيها الرعاية الصحية الإنجابية.

٢. يجب أن تتخذ الدولة إجراءات تشريعية وإجراءات أخرى معقولة، في حدود مواردها المتاحة، لتحقيق تنفيذ فعلي تدريجي لكل من هذه الحقوق.

٣. يجب ألا يُحرم أحد من العلاج الطبي للطوارئ.

تقدم صياغة القسم السابع والعشرين مؤشرا ضعيفا على طبيعة أو مجال الاستحقاقات التي يمنحها الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، ولا توفر المدى المسموح خلاله أن تقيد الموارد المحدودة والتنفيذ التدريجي لهذه الحقوق واجب الدولة نحو ضمان القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية. بموجب الولاية الدستورية هناك بعض التوجيهات حول التزامات الدولة وهي وجوب احترام الدولة للحقوق الدستورية[٧] وحمايتها وأن ترتقي وتفي بها، وهو تصنيف مشتق من القانون الدولي يفرض مجموعة من الواجبات الإيجابية والسلبية تحت كل حق[٨]. ورغم

(5) Constitution, sections 9(3) (equality), 8(2) and 239 (horizontality). On horizontality, see Stephen Ellmann, "A Constitutional Confluence: American 'State Action' Law and the Application of South Africa's Socio-Economic Rights Guarantees to Private Actors" in Penelope Andrews and Stephen Ellmann, eds., The Post-Apartheid Constitutions: Perspectives on South Africa's Basic Law (Johannesburg: Witwatersrand University Press, 2001) at 444.

(٦) ورد أيضا الحق في بيئة لا تضر الصحة أو الرفاه في ملحق الدستور (24(a))

(7) Constitution, section 7(2).

(٨) يفرض واجب الاحترام التزاما سلبيا بالكف عن التدخل في استمتاع الناس بالحقوق، ويتطلب واجب الحماية أن تمنع الدولة الطرف الثالث من التدخل في حقوق الناس؛ ويصف واجب ترقية الحقوق والوفاء بها التزام الدولة الإيجابي نحو =

ذلك فمجال هذه الحقوق ومحتواها يظل محتاجا لاستخراجه من هذه المواد الدستورية غير المتبلورة نسبيا بواسطة تشريعات المحكمة الدستورية المتصاعدة.

أصبح تنفيذ المحكمة الدستورية للقسم السابع والعشرين أكثر صعوبة مع أخذ الندرة النسبية في الاعتبار لتشريعات الحقوق الاقتصادية الاجتماعية التي يُمكن الاهتداء بها على مستوى العالم. ومع الاعتراف المتزايد في الدساتير القومية(٩) بالحقوق الصحية، فمن النادر أن تصبح هذه الحقوق واجبة النفاذ بواسطة المحكمة الدستورية مع تسليم الشعور العام وواسع الانتشار بأن تنفيذ ذلك سوف يشوه الميزانية بشكل غير عقلاني وينتحل دون حق وظيفة وضع السياسات التنفيذية، وبذلك يُخرَق الفصل الديمقراطي السليم بين السلطات(١٠). محور هذه الاعتراضات هو توصيف الحقوق الاجتماعية والمدنية بوصفها حقوقا إيجابية وحقوقا سلبية على الترتيب، حيث يرى المهتمون أن

تحقيق القدرة على الوصول إلى الخدمة الصحية. يوجد اعتراف واسع بفكرة تصنيف الحقوق ليطورها هنري شيو للآلية الدولية لحقوق الإنسان ويقدمها أسبجورن أيدي أثناء شغله لمنصب المقرر الخاص للحق في الغذاء في أوائل الثمانينيات. انظر:

H. Shue, Basic Rights, Subsistence, Affluence and US Foreign Policy (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1980), and A. Eide, C. Krause and A. Rosas, Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook (Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1995).

هذا التصنيف معترف به حاليا بشكل رسمي داخل منظمات الأمم المتحدة التي تشرف على الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، انظر على سبيل المثال:

CESCR, "General Comment 3: The Nature of States Parties' Obligations" U.N. Doc. E/1991/23 (CESCR, General Comment 3). CESCR, "General Comment No. 14 (2000): The Right to the Highest Attainable Standard of Health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)" U.N. Doc. E/C.12/2000/4, 11 August 2000 (CESCR, General Comment 14).

(٩) تشير دراسة حديثة إلى أن هناك بنودا في أكثر من ثلثي الدساتير الوطنية كلها تتعلق بالصحة والرعاية الصحية. انظر:

E.D. Kinney and B.A. Clark, "Provisions for Health and Health-Care in the Constitutions of the Countries of the World," Cornell International Law Journal 37 (2004), p. 285, 287.

(١٠) تحددت معالم هذه المستهدفات بكياسة وعولجت في:

"Economic and Social Rights and the Right to Health: An Interdisciplinary Discussion Held at Harvard Law School in September, 1993" Organized by the Human Rights Program, Harvard Law School, and theFrancois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health (Cambridge, MA,: Human Rights Program, Harvard Law School, 1995).

الحقـوق الإيجابية تتطلب إجـراءات وموارد مكثفة من الدولة حتـى تتحقق في الواقع الفعلي على عكس الحقوق السلبية التي تتحقق من خلال عدم التدخل وباستخدام موارد محدودة. ونتيجة لذلك، يحترم القضـاة غالبا السياسـات الاجتماعية والاقتصادية(١١)، ويتلكأون في الاعتراف بالالتزامات الإيجابية المتعلقة بالرفاه الاجتماعي ويستوجبون تنفيذها(١٢). ومع ذلك، يصـور المعلقـون على الحقوق الاجتماعيـة أنه لا يوجد تمييز دقيـق بين الحقوق الإيجابية والسـلبيةِ حيـث إن الحقوق المدنية تتطلـب موارد مكثفة وتدخلاً حكوميًا حتى تتحقق في الواقع العملي(١٣).

وقـد حدث مزيد مـن التآكل في الحد الفاصـل بيـن الحقوق الاجتماعيـة والحقوق المدنيـة بالاعتـراف المتنامي أن كل الحقـوق تفرض مجموعة من الواجبات السـلبية والإيجابية(١٤). ورغم وجود هذه الرؤى، ما زالت خطوط التمييز ذات الفصل الثنائي هذه مسـتمرة، وربما تعكس بشـكل أكبر الثوابـت الأيديولوجية: على سـبيل المثال، يتناسب تماما الفصل الثنائي بين الإيجابي والسلبي مع المفهوم الليبرالي للدولة المحايدة التي لا تتدخل (noninterventionist) والتي تروج بشكل أولي للاستقلال الذاتي للفرد من

---

(11) Dandridge v. Williams 397 U.S. 471 (1970),
في هذه القضية رفضت المحكمة العليا مراجعة الطريقة التي تُصاغ بها المنح الاجتماعية أو إجراءات تقديمها مبررة ذلك بأن "المشاكل الاقتصادية والاجتماعية وحتى الفلسفية التي تتقدم بها برامج معونة الضمان الاجتماعي إلى المحكمة ليست من اختصاصها".

(12) Gosselin v. Québec (Attorney General), 2002 4 S.C.R. 429,
في هذه القضية رفضت محكمة كندا العليا الاعتراف بأن حق أمن جسم الإنسان يضع التزامات إيجابية على الحكومة للدرجة التي تجعلها تقدم ضمانا اجتماعيا

Deshaney v. Winnbago County Dep't of Social Services 489 U.S. 189, 194 (1989),
في هذه القضية رأت المحكمة الأمريكية أن ولاية وسكونسن لا تمتلك واجبات دستورية إيجابية لحماية الطفل من انتهاكات الأب الخطيرة له

Andrews v. Law Society of British Columbia 1989 1 S.C.R 123,
في الفقرة 194 من حكم المحكمة، قرر القاضي لا فورست أن "الكثير من صناعة قرارات السياسة الاقتصادية والاجتماعية يتجاوز القدرات المؤسسية للمحاكم؛ وأن دورها هو الدفاع ضد العدوان على القيم الجوهرية وليس تخمين قرارات السياسات العامة".

(13) S. Holmes, and C. R. Sunstein, The Cost of Rights (New York: W.H. Norton, 2000) and P. Hunt, Reclaiming Social Rights: International and Comparative Perspectives (Aldershot: Dartmouth Publishing Company, Ltd. 1996).

(14) footnote 8 supra.

خلال حماية حريات الأفراد والملكية الخاصة(١٥). تتقدم بالمثل فكرة الحكومة المحدودة بواسطة القوانين الاقتصـادية الدولية ذات التوجه الليبرالي الجديد (neo-liberal) السائد والتـي تقدم وصـفات بالإنفـاق الاجتماعي المحـدود، والتحرر مـن اللوائح المنظمة للاقتصاد والتجارة والخصخصة من أجل تحقيق الأسواق الحرة كوسيلة أولية للتوزيع المادي المنصـف(١٦). التناقض الظاهري هنا هو أنه لو تطلبت الحريات المدنية وحماية الملكية فعليا موارد مكثفة وتدخلاً من الدولة لتحقيقها أكثر مما يتاح لدولة الحد الأدنى، التـي تقوم بدور الحارس الليلـي، بذلك يتحول دور الدولة إلـى دولة تقوم بتدخلات وتُعيـد التوزيـع (redistributive -) ولكـن ذلك قد يكون لصـالح الملكية interventionist الخاصة وليس الفقراء. وبالمثل، الوفاء باحتياجات حد البقاء لا يمكن أن يكون متناقضا مع الفلسفات التي تركز على الاستقلال الذاتي للفرد، مع الأخذ في الاعتبار قدر اعتماد الاستقلال الذاتي المكثف على ما يكفي من طعام وملاذ آمن ورعاية صحية(١٧). يفرض صـعود الديمقراطية الدسـتورية ذات التوجه الليبرالي والقوانين الاقتصـادية العالمية ذات التوجـه الليبرالي الجديـد (neoliberal) تحديات للمفاهيم والاسـتراتيجيات الداعية لتقدم الحق في الصـحة مع الأخذ في الاعتبار ميل هذه الاتجاهات الشـديد ضد التدخل في الحريات الفردية والأسـواق الحرة. لذلك يصبح التحدي من أجل ضمان الرسوخ القانونـي ووجوبية النفاذ القضـائية لهذه الحقوق هو معارضـة كلّ من الاعتراضـات

---

(١٥) تعريف الديمقراطية الليبرالية هو أنها "نظام سياسي لا يتميز فقط بالانتخابات الحرة والنزيهة، ولكنه يتميز أيضا بحكم القانون والفصل بين السلطات وحماية الحريات الأساسية في الكلام والتجمع والدين والملكية" F. Zakaria, "The Rise of Illiberal Democracy" Foreign Affairs (1997), p. 37.

(١٦) تلك هي عقائد النيوليبرالية المغلفة في اجتماع واشنطن، وهي مجموعة من الإصلاحات الاقتصادية المتوجهة نحو السوق من أجل خلق نمو اقتصادي. انظر:
John Williamson, "Did the Washington Consensus Fail?" (Speech to the Center for Strategic & International Studies, 6 November 2002), at http://www.iie.com/publications/papers/williamson1102.htm.

(١٧) يجسد ذلك هرم إبراهام ماسلو للاحتياجات الإنسانية الذي يفترض أن البشر يستطيعون إشباع احتياجاتهم العليا كالصداقة والحب والإبداع فور ما يشبعون احتياجاتهم الأساسية الفسيولوجية ومتطلبات الأمن".
Psychological Review (1943) 50, p. 370-396."A.. H. Maslow, "A Theory of Human Motivation
وتقدمت هذه الرؤية بالمثل في مقاربة أمارتيا سن للقدرات التي تفترض أن قدرة الإنسان تعتمد على المستويات الأساسية للصحة والتعليم.
Anchor Books, 2000).:A. Sen, Development as Freedom (New York

العملية والأيديولوجية لتنفيذ ذلك، وإدراك أنه بالنسبة لصناع السياسات والقضاة، التمييز بين النزعة العملية (pragmatism) والأيديولوجيا عندما يأتي الأمر لهذه الحقوق يجب أن يذوب بدرجة ملموسة.

القرارت المبكرة للمحكمة الدستورية المتعلقة بالرعاية الصحية(١٨)

بينما أُضعِف الإطار القديم للحقوق الاجتماعية بدرجة ملموسة في جنوب إفريقيا بواسطة ترسيخ الدستور للحقوق الصحية القابلة للتقاضي، ظلت الاختيارات القانونية فيما يتعلق بوجوب النفاذ تحدد مدى السلطات الممنوحة للقضاة بشكل مساوٍ. عند التصديق على الدستور، رفضت المحكمة الدستورية الحجج التي ترى أن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية قد منحت المحاكم مهمة تختلف عن باقي الحقوق لدرجة تخرق بها الفصل بين السلطات(١٩). أصرت المحكمة على أن الحقوق الاقتصادية الاجتماعية "على الأقل لحد ما قابلة للتقاضي" وفي الحد الأدنى من الممكن "حمايتها سلبيا من العدوان عليها"(٢٠). وبينما يفتح هذا التصريح الباب للتنفيذ الجبري، فإنه يفترض أيضا عدم يقين المحكمة حول المدى الذي تذهب إليه القدرة على التقاضي

---

(١٨) لم تستكشف هذه المقالة قرارات المحاكم الدنيا حول القسم 27 والمتعلقة به. في هذا الخصوص انظر قرارات المحكمة العليا في قضايا:

Van Biljon and others v. Minister of Correctional Services and Others 1997 (4) S. Afr. L. Rep. 441 (Cape Provincial Division); B v. Minister of Correctional Services 1997 (4) S. Afr. L. Rep. 411 (Cape Provincial Division); Residents of Bon Vista Mansions v. Southern Metropolitan Local Council 2001 (Witwatersrand Local Division), Case No: 01/12312 and Treatment Action Campaign and Others v. Minister of Health Provincial Government of the Western Cape and Others (Cape Provincial Division) Case No. 7991/2007.

(١٩) كان ذلك رد فعل على الاعتراضات المثارة من جماعات المجتمع المدني المتنوعة (بشكل أولي من دنيا الأعمال) على الضم الدستوري للحقوق الاجتماعية والاقتصادية في جلسات الاستماع الدستورية حول الترخيص.

Ex Parte Chairperson of the Constitutional Assembly: in re Certification of the Constitution of the Republic of South Africa 1996 (4) S. Afr. L. R 744 (S. Afr. Const. Crt.), at para. 77 (Certification decision).

(20) Certification decision, at para. 78 20.

في هـذه الحقوق وبالتبعية حـول وجوب نفاذ الواجبـات الإيجابية[٢١]. لذلك جسّـدت المحكمة الدسـتورية تمييـزا حادا بين الواجبات السـلبية والإيجابية كجزء من مقاربتها نحو الحقوق الاجتماعية.

بدا أول قرارات المحكمة الدسـتورية حول القسـم السـابع والعشـرين كمـا لو أنه بالكاد يعطي مشـروعية لحق التقاضي في هذا الحق. بدت قضية ثياجراي سوبراموني (Thiagraj Soobramoney) ضـد وزير الصحة (Kwa-Zulu Natal)[٢٢] كما لو أنها تصوير لعدم ترحيب القضاء بتنفيذ الواجبات الإيجابية واحترام لا لزوم له لقيود الميزانية[٢٣]. لجأ السيد سـوبراموني للمحكمة الدسـتورية بعد رفض طلبه إجراء الغسيل الكلوي في مستشـفى الدولة التي تقدم حصصًا علاجية لمرضى الفشـل الكلوي المزمن بشرط أن يكونوا مؤهلين لإجراء جراحة زرع الكلى. رفضـت المحكمة قضـية سـوبراموني، حيث وجدت أن فشل المستشفى الإقليمي في تقديم خدمات الغسيل الكلوي لكل مرضى الفشـل الكلوي المزمن لا يخرق التزامات الدولة الواردة بالقسـم السابع والعشرين. وبينما أقر القاضي تشاسكالسون الحالة المزرية والفقر المدقع، الذي يعيش فيه الملايين من مواطني جنوب إفريقيا، لكنه دافع عن ذلك بأن الموارد محدودة وقدر الطلب كان يعنـي أن "الالتزام غير المشـروط بتلبية هـذه الاحتياجات لن يسـتطيع - حاليا- أحد الوفاء به، وأن كل من التزامات الدولة والحقوق المترتبة على هذه الالتزامات نفسـها "محدودة بسبب نقص الموارد"[٢٤].

(٢١) انظر تأكيد الأصدقاء السابقين لرئيس القضاة شاسكالسون أن هذه الحقوق تقع على "حدود الفصل بين السلطات التنفيذية والتشريعية".
A. Chaskalson, "From Wickedness to Equality: The Moral Transformation of South African Law", p. 4 International. Jnl. of Const. L. (2003), p. 590-609 at 601.

(22) Soobramoney v. Minister of Health (Kwa-Zulu Natal) (1998) 1 S.Afr.L.R. 765 (S. Afr. Const. Ct.) (Soobramoney decision).

(23) D. Moellendorf, "Reasoning about Resources: Soobramoney and the Future of Socio-Economic Rights Claims" S. Afr. Jnl. on Hum.Rts. (1998), p. 327-333, at 327; and C. Ngwenya, "The Recognition of Access to Health Care as a Human Right in South Africa: Is it Enough?" Health and Human Rights, (2000), p. 27-44 at 33.

(24) Soobramoney decision, at para. 11.

أظهرت المحكمة برفضها قضية سوبراموني احتراما بدرجة ملموسة لارتباك الدولة تجاه عدم وجود الموارد المتاحة لتوسيع القدرة على الوصول إلى الغسيل الكلوي. في هذه الظروف، وجدت المحكمة في الدلائل الاسترشادية رد فعل عقلانيا على ندرة الموارد التي ضخّمت من عدد الناس الذين لا يستطيعون الوصول إلى الغسيل الكلوي(٢٥). اعتبرت المحكمة أن السماح لمثل هذه القضايا وأنواع العلاج المكلّفة الأخرى قد يجحف بالاحتياجات الصحية الأخرى(٢٦)، وفعليا بقدرة الحكومة على تلبية الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى(٢٧). كان يعني التوازن بين المصالح المتنافسة أن الحكومة في أوقات معينة عليها أن "تقر بمقاربة شاملة لاحتياجات المجتمع الأوسع أكثر من التركيز على الاحتياجات الخاصة لمجموعة معينة من الأفراد داخل المجتمع"(٢٨).

وبينما يبدو أن هذا القرار يرفض حق أحد الأفراد واجب النفاذ في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، كانت المحكمة حذرة عند افتراض أن هذا الحق قابل واقعيا للتقاضي، رغم أنه عبر تقاليد الحقوق المستحدثة، القواعد التي تقوم عليها ليست الاستقلال الذاتي ولكنها الاعتماد المتبادل بين البشر(٢٩). سوف تتطلب هذه المقاربة الجديدة تكييف تحليل الحقوق التقليدي "ليوفر إطار عمل عريض للمبادئ الدستورية الحاكمة للحق في الوصول إلى الموارد الشحيحة، وأن يفصل قضائيا بين حاملي الحقوق المتنافسة"(٣٠). وتبعات تنفيذ المحكمة جبريا هذا الحق هو ما تردد صداه بالمثل في إشارة المحكمة إلى أنها سوف تتدخل على مهل في القرارات العقلانية المُتخذَة بنية طيبة بواسطة الأدوات السياسية والسلطات الطبية التي تتحمل مسئولية التعامل مع مثل هذه المسائل"(٣١).

---

(25) Ibid., at paras 24-25.

(26) Ibidem, at para. 28.

(27) Ibidem, at para. 31.

(28) Ibidem, at para. 32.

(٢٩) انظر مثلا القاضي ساكس: " بحكم طبيعة الرعاية الصحية نفسها يجب النظر إلى الحق فيها ليس عبر سياق قانوني تقليدي مبني على أفكار الاستقلال الذاتي الإنساني ولكن عبر إطار عمل تحليلي يقوم على فكرة الاعتماد المتبادل بين البشر". Soobramoney decision, at para. 54.

(30) Ibidem, at para. 54.

(31) Ibidem, at para. 29.

تدعم استعداد المحكمة للتدخل في قرارات الحكومة في القضية التالية حول حقوق السكن، والتي تركت تأثيرا ممتدا على عديد من القضايا التالية لها. وفي القضية بين جمهورية جنوب إفريقيا وجمهوريات أخرى ضد إيرين جروتبوم وآخرين(٣٢)، إحدى الأسر احتلت أرضا مخصصة لسكن منخفض التكلفة، وأخلتها منهم الدولة بالقوة الجبرية. استندت الدعوى المرفوعة ضد الحكومة إلى حق كل فرد في السكن الملائم والكافي والوارد في القسم ٢٦ وحق الأطفال في الملاذ الآمن بالقسم ٢٨(١)(c). أسست المحكمة الدستورية في حكمها الاختبار الدستوري للمعقولية كمقياس معياري؛ لتقييم توافق الدولة مع التزاماتها في الحقوق الاجتماعية الاقتصادية. وحيث إن الحق في السكن يتشارك في نفس فقرة القيود التي تحدد الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، جاء تفسير المحكمة الدستورية التفصيلي لالتزامات الدولة في ضوء التحقيق التدريجي، من خلال الموارد المتاحة مطابقا بالمثل للقسم السابع والعشرين.

أشارت المحكمة في قرار القاضي يعقوب (Yacoob)، إلى أنه بينما تتحدد المعقولية على أساس قاعدة كل حالة بحالتها، ومع العلم بالفقر المدقع والالتزامات الدستورية بالمساواة والكرامة والحرية، فالالتزام الأولي للدولة هو التصرف بمعقولية من أجل توفير ضروريات الحياة الأساسية لهؤلاء الذين تنقصهم هذه الضروريات(٣٣). واتخاذ "تدابير تشريعية معقولة وتدابير أخرى" يتطلب أن تضع الدولة خطة شاملة وقابلة للتنفيذ للوفاء بالتزاماتها، لتوفير كل الاحتياجات شاملة الاحتياجات قصيرة ومتوسطة وطويلة المدى إلى جانب احتياجات الأزمات(٣٤). ولذلك، تعتبر كل التشريعات والسياسات والبرامج التي تستبعد "أقسام مجتمعية ذات وزن" غير معقولة(٣٥).

سعيا لضمان توفير ضروريات الحياة الأساسية لكل الناس، على الدولة أن تركز بشكل خاص على احتياجات الفئات الأضعف، وعلى الأخص الفقراء، وبشكل أخص

---

(32) Government of the Republic of South Africa & Others v. Irene Grootboom & Others (2000) 11 B.Const. L.R. 1169 (S. Afr. Const. Ct.) (Grootboom decision).

(33) Grootboom decision, at paras. 24 and 44.

(34) Ibidem, at paras. 38, 40, 42 and 43.

(35) Ibidem, at para. 44.

هؤلاء الذين يقاسون الاحتياج العاجل والذي ينقذ الحياة[٣٦].

تتطلب المعقولية من البرامج أن تكون متوازنة ومرنة، وتتحمل فيها الحكومة مسئولية ضمان وضع قوانين وسياسات كافية للوفاء بالتزاماتها[٣٧]. وبينما يعني التحقيق المتدرج أن التحقيق الكامل لحق كل فرد في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ليس دائما ممكنا بشكل فوري، شددت المحكمة على أن الدولة يجب أن تتخذ خطوات للوفاء بشكل فعّال بالاحتياجات الأساسية لكل من هم في المجتمع، وأن تفحص- وأينما يكون ذلك ممكنا - العقبات القانونية والإدارية والعملياتية والمالية الأدنى طول الوقت[٣٨].

يجب اتخاذ هذه الخطوات على وجه السرعة وبشكل فعّال قدر الإمكان وأي تدابير تراجعية عن قصد، سوف تحتاج إلى التبرير الكامل في ضوء كل الحقوق الموجودة بالدستور والموارد المتاحة[٣٩]. ومع ذلك، لا تستطيع معقولية أي سياسة أن تنفصل عن مستوى الموارد المتاحة والدولة غير مطالبة بأن تفعل أكثر مما تسمح به الموارد المتاحة[٤٠]. وهذا يعني توازن الهدف (الوفاء بكل الاحتياجات الأساسية) مع الوسائل[٤١]. ويتطلب محاولة الوفاء بكل الاحتياجات، وهو ما له نفس الأهمية، "دعم كاف من الميزانية الحكومية" ويتطلب "أن تخطط الدولة ميزانيتها وتراقب تنفيذها الوافي"[٤٢].

---

(36) Ibidem, at paras. 35 and 43.

(37) Ibidem, at paras. 40 and 43

(38) Ibidem, at para. 45.

(٣٩) يضم هذا الجانب من قرار المحكمة بشكل مباشر تفسير لجنة الأمم المتحدة حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعبارة "التحقيق المتدرج" الواردة في القانون الدولي لحقوق الإنسان.
CESCR, "General Comment 3: The Nature of State Party Obligations" U.N. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 at 45 (1994), at para. 9, cited with approval inGrootboom decision, at para. 45.

(40) Ibid., at para. 32.

(41) Ibidem, at para. 46.

(42) Ibidem, at para. 68

ومن الجدير بالذكر أن المحكمة رفضت منطق أصدقاء المحكمة (amicus curiae) الاعتراف بفكرة حقوق الإنسان الدولية عن حدود دنيا أساسية للحق في السكن(٤٣) . يعترف مفهوم الحدود الدنيا الأساسية بمستويات جوهرية غير قابلة للانتقاص للحقوق الاجتماعية التي لا يمكن تقييدها بسبب الموارد ولا تخضع للتحقيق المتدرج(٤٤). رأت المحكمة أن الاعتراف بحدود دنيا أساسية يتطلب من المحكمة نفسها تحديد محتواها، وهي مهمة معقدة تتطلب معلومات تنقص المحكمة عموما وتنقصها في القضية المنظورة أمامها خصوصا. وفي الوقت الذي رفضت فيه المحكمة استيراد مفهوم الحدود الأساسية، فإنها أشارت إلى أنه من الممكن نسبة الحدود الدنيا الأساسية إلى تمييز ما هي المعقولية(٤٥).

وجدت المحكمة في السياسة القومية للإسكان قصورا عن الواجبات الدستورية للحكومة وأعلنت أن القسم ٢٦ يتطلب برنامجا شاملا؛ لتحقيق الحق في الوصول إلى المسكن الكافي الذي يتضمن تدابير معقولة لتقديم الإغاثة لهؤلاء الذين لا يجدون أرضا ولا سقفا فوق رءوسهم ويعيشون في ظروف مزرية أو في وضع متأزم. يقصر إسكان الدولة عن التوافق مع مسئوليتها بسبب فشلها في توفير مساكن للفقراء.

يقدم معيار المعقولية صورة لجهد المحكمة الدستورية المبتكر الذي يسعى لموازنة التبعات المؤسسية والديمقراطية؛ لإنفاذ الحقوق الاجتماعية الاقتصادية مع واجبها في حماية أضعف أعضاء المجتمع. بعث القرار برسالة واضحة لكل من الحكومة والمجتمع المدني بأن المحكمة جاهزة لإخضاع السياسات الاجتماعية لمراجعة قضائية ولإصدار أوامرها بسياسة متوافقة دستوريا أينما قُصّرت السياسات عن المعايير الدستورية. ومع ذلك يثير معيار المعقولية إذا ما قرأناه مصحوبا برفض الحدود الدنيا

(43) Ibidem, at paras. 27-33

(44) CESCR, General Comment 3, at para.10. CESCR, General Comment No.14, at paras. 42-47.

(45) Grootboom decision, at para.33.

الأساسية، تساؤلات حول هل كانت الاستحقاقات في الواقع حقا فرديا يضمن خدمات معينة أكثر من كونه "نموذجا قانونيا إداريا لحقوق اجتماعية اقتصادية" يتطلب "وضع أولوية معقولة"(٤٦). ولهذا الحد ظلت أسئلة احتمالات العدالة الاجتماعية لهذه الحقوق مفتوحة.

بوتقة السياسة الوطنية للإيدز والحق في الصحة

وضعَت قوة الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية تحت الاختبار تحديداً عند رفض الحكومة توفير أي شكل من أشكال علاج الايدز في القطاع العام. نبع هذا القرار بقوة من دعم الرئيس مبيكي لإنكار الايدز، الذي لا يشكك فقط في أن فيروس نقص المناعة البشري (HIV) هو المسبب لمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS)، ولكنه يرى أن عقاقير علاج المرض (antiretroviral) سامة بشكل قاتل(٤٧). لوضع العواقب الإنسانية لهذا القرار في سياقها، أوسع جوائح الإيدز انتشارا في العالم تقع في جنوب إفريقيا بحوالي ٥,٥٤ مليون مصاب في ٢٠٠٥، أي ما يوازي تقريبا ١١,٧٪ من إجمالي السكان(٤٨). أصبح الإيدز أكبر سبب مفرد للموت في البلاد، بما يزيد على ٣٠٠ ألف حالة وفاة سنويا(٤٩) وما يقرب من مليون و ٢٠٠ ألف حالة وفاة من فيروس

(46) C. R. Sunstein, "Social and Economic Rights? Lessons from South Africa" Constitutional Forum (2000) II:4, p. 123, 131.

(47) M. Harvey, "How Can a Virus Cause a Syndrome? Asks Mbeki" iClinic (21 September 2000) online: Aegis http://www.aegis.com/news/woza/2000/IC000906.html, M. Cohe n, "Mbeki Questions HIV Testing" The Associated Press (24 April 2001), and E. Cameron, "AIDS Denial and Holocaust Denial—AIDS, Justice and the Courts in South Africa," S. Afr. L. J. (2003) 120:3, p. 525.

(48) South African Department of Health, "National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa 2005," at <http://www.doh.gov.za/aids/index.html>.
لاحظ مع ذلك أن هذا الرقم يقفز كثيرا في الإحصائيات السكانية لفئة البالغين (١٥-٤٩) حيث تقريبا ١٨,٧٨٪ منهم مصابون. انظر التقرير ص ١٧.

(49) R. E. Dorrington et al, The Impact of HIV/AIDS on Adult Mortality in South Africa, Technical Report Burden of Disease Research Unit, Medical Research Council, 2001.

نقص المناعة البشري/الإيدز حتى اليوم[٥٠]. يُقدَّر عدد الأطفال اليتامى من جراء ذلك بمليون ونصف المليون طفل[٥١]، وحوالي ٨٠ إلى ٩٠ ألف مولود تنتقل إليهم العدوى من أمهاتهم كل عام.

الطعون القضائية الاجتماعية ضد رفض الحكومة المستميت لتوفير العلاج، اتحدت حول تأخير العلاج ووقوف القطاع العام النشيط في وجه استخدام عقار النيفيرابين (Nevirapine)، وهو العقار المضاد لفيروس نقص المناعة البشري ذي الفعالية المتزايدة في منع انتقال العدوى من الأم للطفل (MTCT)[٥٢]، والذي منحته الشركة المُصنِّعة للدواء ومالكة براءة اختراعه، مجانا للحكومة لمدة خمس سنوات. ورغم رفض الحكومة المتكرر، نال توسع البرنامج القومي لمنع انتقال العدوى من الأم للطفل دعما وتأييدا شديدا من وسائل الإعلام والمجتمع الأهلي والطبي[٥٣]، يثير حماسهم من جانب الدفاع القانوني والسياسي الوطني ومن الجانب الآخر الاحتجاجات المتنامية بين العاملين في الرعاية الصحية أنفسهم بسبب تداخل الحكومة مع واجبهم الأخلاقي نحو المرضى[٥٤]. في أغسطس ٢٠٠٠، واستجابة لهذه الضغوط الاجتماعية المتزايدة، قرر وزير الصحة وتسعة من الممثلين الإقليميين الصحيين أنه فور تسجيل

(50) R. E. Dorrington, D. Bradshaw, L. Johnson and D. Budlender, The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa: National Indicators for 2004 (Cape Town: Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa, 2004).

(51) R. E. Dorrington et al, "The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa: National and Provincial Indicators for 2006," Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa, at i.

(52) L. A. Guay et al., "Intrapartum and Neonatal Single-Dose Nevirapine Compared with Zidovudine for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 Randomised Trial" The Lancet (1999) 354, p. 795-802; Daya Moodley, "The Africa, 9-14 July 2000, abstract no. LbOr2. SAINT Trial: Nevirapine (NVP) versus Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) in Prevention of Peripartum Transmission" (2001) XIII International AIDS conference, Durban, South

(53) "Government Should Provide Anti-retrovirals" The Mercury (6 December 2002); and S. A. Karim et al., "Vertical HIV Transmission in South Africa: Translating Research into Policy and Practice" The Lancet (2002) 359, p. 992-993.

(54) P. Govender, "Doctors defy drug ban" Sunday Times (20 January 2002).

عقار النيفيرابين للاســتخدام المحلي، ســوف يجري اختبار هذا العقار لمدة ســنتين في موقعين استرشــاديين في المقاطعات التسع؛ لتقييم تحديات تشغيل برنامج قومي ولبناء قدرات وبنية تحتية مصاحبة لتدخلات مثل المشورة واختبارات فيروس نقص المناعة البشري (HIV) ومراجعة الممارسات الطبية المطلوبة في مجال التوليد وتغذية الأطفال الرُضَّــع[٥٥]. لم ترد أي إشارات عن متى ستتخذ الحكومة قرارها بإنشاء برنامج قومي شامل بناء على هذه الأنشطة.

حتى ٢٠٠١ كان العديد من المواقع البحثية في مجال انتقال العدوى من الأم لوليدها لــم يبدأ العمل بعد، وفي أغســطس ٢٠٠١ قامت حملة العمــل من أجل العلاج (TAC)، وهي مجموعة قومية لمناصــرة العلاج بعقاقير الايدز، والأطباء العاملون في القطاع العام ومنظمة غير حكومية لحقوق الأطفال، معا، بمقاضــاة وزير الصحة والإدارات الصحية في المقاطعات بحجة أن تأخر الدولة في توفير عقار النيفيرابين في القطاع العام ورفضــها القيام بذلك هو خرق للقسم السابع والعشرين إلى جانب خرقه لحق الأطفال في خدمات الرعاية الصــحية الأساســية. دافعت الحكومة عن نفســها بأن تحديد مجال اســتخدام الدواء في المواقع البحثية، هو أمر معقول مع الأخذ في الاعتبار سعر الدواء وســعر التدخلات الأخرى المصاحبة، وما يتعلق بأمان وفعالية هذا الدواء. وبعد حكم المحكمة العليا ضد الحكومة، استأنفت الحكومة القضية أمام المحكمة الدستورية، بحجة أن قَصــر البرنامج على المواقع الاسترشادية سوف يســاعدها على فهم مطالب تشغيل برنامج ناجح، ويســمح لها بالامتداد بالبرنامج تدريجيا كلما سمحت الموارد بذلك[٥٦]. إلا أن الحكومة استهدفت الآن أيضا استئناف عملية المراجعة القضائية للسياسة الصحية- مدافعة بأن أمر المحكمة العليا يصــنع سياســة حكومية، ولذلك فهذا الأمر ينتهك مذهب الفصل بين الســلطات، ومن هذا المنظور لا تستطيع المحكمة الدستورية سوى إصدار أمر تفسيري وليس إلزاميًا.

(55) South African Department of Health, "Protocol for Providing a Comprehensive Package of Care for the Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) in South Africa", 23 May 2001, at p. 4.

(56) South African Constitutional Court, "Media Summary," http://www.constitutionalcourt.org.za/Archimages/2478.PDF.

أصدرت المحكمة الدستورية في يوليو ٢٠٠٢ حكما بالإجماع يدعم حملة العمل من أجل العلاج (TAC)(٥٧). رفضت المحكمة حجج الحكومة ومثلها حجة الموارد المحدودة جملة وتفصيلا، مع الأخذ في الاعتبار إقرار الحكومة نفسه بأن قصر الدواء على المواقع التدريبية ليس له علاقة بأسعار الدواء(٥٨)، وقد دلّت الشهادة أثناء الجلسات، على أن الحكومة قد خصصت مخصصات جديدة بقدر له وزن لعلاج فيروس نقص المناعة البشري شاملا انتقال العدوى من الأم لجنينها (MTCT)(٥٩). أسقطت المحكمة أيضا حجج الحكومة فيما يتعلق بفعالية وأمان الدواء نظرا لوزن الأدلة العلمية المتناقضة والخطر المحدود الذي تمثله مقاومة الفيروس(٦٠). أكدت المحكمة أن المعضلة الحقيقية كانت ما إذا كان من المنطقي استبعاد الدواء عن منشآت صحية عامة تتوافر فيها خدمات مشورة واختبار الإيدز بينما يكون الدواء مطلوبا طبيا(٦١). في هذا الخصوص ركّزت المحكمة على المعاناة الخطيرة واحتمالات البقاء على قيد الحياة المحدودة للأطفال، وشددت على أن القضية تتعلق بالمواليد الجدد الذين نستطيع إنقاذ أرواحهم باستخدام تدخلات بسيطة ورخيصة التكلفة، وقد تأكد أمان وفعالية مثل هذه التدخلات، والتي تقوم الحكومة نفسها بتوفيرها في مواقع استرشادية بكل مقاطعة(٦٢). وبينما تدرك المحكمة الحاجة إلى تقييم تحديات التشغيل وقضايا متابعة أمان وفعالية الدواء وتطور مقاومة الفيروس له، فإنها شددت على "الحاجة الضاغطة لضمان منع احتمال فقدان الأرواح في هذه الأثناء"(٦٣).

طبّقت المحكمة عدة جوانب من قرار "جروتبوم" على القسم السابع والعشرين وبند انتقال العدوى من الأم للطفل (MTCT)، ورأت أن البرامج يجب ألا تتجاهل

---

(57) Minister of Health and another v. Treatment Action Campaign and others (2002) 5 S.Afr.L.R. 721 (S.Afr.Const.Ct) (TAC decision).

(58) TAC decision, at para. 48.

(59) Ibid, at para. 120.

(60) Ibidem, at paras. 57-66.

(61) Ibidem, at para. 50.

(62) Ibidem, at paras. 71 and 72.

(63) Ibidem, supra note.

الحاجات المُلّحة؛ وألا تســتبعد أقسام ذات شأن من المجتمع(٦٤)، وأن سياسة الدولة في هذه الحالة تؤثر على فقراء الناس الذين لا يســتطيعون تحمل تكلفة الخدمات الطبية(٦٥) . رأت المحكمة أن الأطفال:

> احتياجاتهــم هي "الأكثر إلحاحــا" وعجزهم عن امتلاك سبيل للوصــول إلى عقار النيفيرابين يؤثر بعمق على قدرتهم فــي التمتع بــكل ما يســتحقونه من حقوق . تتعرضــن حقوقهم "لخطر فظيع" نتيجة للسياســات المقــررة وينالهم الأذى من سياســة صــارمة وغير مرنة تســتبعدهم من إمكانية الوصول للعقار(٦٦).

لذلــك التــزام الدولة هو ضــمان وصــول الأطفال إلــى خدمات الرعاية الصــحية الأساسية المتضمنة في القسم الثامن والعشرين، خصوصا حيثما تتعلق قضية الإيدز به:

> أطفال مولودون في مستشــفيات أو عيــادات عامة لأمهات هن في الجزء الأعظم من الســكان الأصليين وغير قادرين على نيل ســبيل للوصــول إلى العلاج الطبي الخاصــن الذي يتجاوز إمكانياتهــن. هؤلاء الأمهــات وأطفالهن هم فــي الأغلب الأعم يعتمدون على الدولة لتوفر لهم خدمات الرعاية الصحية(٦٧).

وجدت المحكمة أن سياســة الحكومة فشــلت في الوفاء بالمعايير الدســتورية؛ لأنها اســتبعدت أناســا كان من الممكن ضمهم بشــكل معقول إلى دائرة الذين يحتاجون طبيا

---

(64) Ibidem, at para. 68, quoting Grootboom decision, at paras. 43 and 44.

(65) Ibidem, at para. 70, referencing Grootboom decision, at paras. 35-7.

(66) Ibidem, at para.78.

(67) TAC decision, at para.79.

مثـل هذا العـلاج[٦٨]. ومـن الجدير بالملاحظـة أن المحكمـة اعتنت بألا يُنظـر إليها باعتبارهـا تتجاوز ولايتها الدسـتورية، وكذلك أنها تصـون قدرتها على إنفاذ القسـم السـابع والعشرين. وهكذا، من ناحية، رفضت المحكمة بحسم حجج أصدقاء المحكمة (amicus) لاسـتيراد مفهوم الحدود الدنيا الأساسـية إلى القسم السابع والعشرين، ومن ناحية أخرى احتجت بأن الكفاءة المؤسسية ومبدأ الفصل الملائم بين السلطات يحولان دون قيامهـا بذلك. دافعت المحكمة بقولها إنه :"من المسـتحيل إعطاء كل الناس – في الوقت نفسـه– سبيلا للوصـول إلى الخدمات "الأساسـية الجوهرية"[٦٩]، وأن "كل ما هـو ممكن وكل ما يمكننا توقعـه من الدولة هو أن تتصـرف بمعقولية، من أجل توفير سـبل الوصـول إلي [الحقوق الاجتماعية الاقتصادية الواردة بالدسـتور] على أساس تدريجـي"[٧٠]. إلا أنه وفـي نفس الوقت، رفضـت المحكمة حجج الحكومـة بأن مبدأ الفصل بين السلطات يقيد يديها عن مراجعة السياسة الصحية ويمنعها من صنع أي شيء سوى إصدار أوامر تفسـيرية[٧١]. أكدت المحكمة بقوة أنه رغم تأهيل التزامات الدولة في ظل الحقوق الاجتماعية والاقتصـادية الواردة بالدسـتور، فـإن هذه الحقوق رغم ذلك تخضع للتقاضـي ومنحت المحكمة الدستورية سلطة مراجعة السياسة الصحية[٧٢]. وبالمثل تمسـكت المحكمة بسـلطتها الدسـتورية في منح "الإغاثة الملائمة"[٧٣] وصـنع "قـرارات عادلـة ومُنصـفة"[٧٤]، ودافعت عن ذلك بأن دسـتورية الإغاثـة الإلزامية والاختصاص الإشرافي قد تم تأكيدهما مرارا في التشريعات المحلية والأجنبية"[٧٥].

---

(68) Ibidem, at para.125.

(69) Ibidem, at para. 35.

(70) Ibidem, at para. 35.

(71) Ibidem, at para. 96

(72) Grootboom decision, at paras. 93-4, quoted in TAC decision, at para. 24.

(73) Constitution of the Republic of South Africa Act 108 of 1996, at section 38.

(74) Constitution, section 172(1)(a).

(75) TAC decision, at paras. 100-112

وبينما نكصت المحكمة الدستورية عن ممارسة اختصاصها الإشرافي في قضية حملة العمل من أجل العلاج (TAC)، فقد جاء قرارها متضمنا إعلان مسئولية الحكومة عن تخطيط وتنفيذ برنامج شامل لمكافحة انتقال العدوى من الأم لوليدها (MTCT)، وفوضت الحكومة سلطة الإزالة الفورية للقيود والموانع التي تحول دون استخدام الدواء وتوفيره في القطاع العام، وأن تقوم بتدريب القائمين بالمشورة وأن تتخذ خطوات معقولة؛ لامتداد المنشآت التي تجري الاختبارات وتقدم المشورة عبر القطاع الصحي العام كله.

تقييم مساهمة التشريع في التضامن والعدالة

تصور هذه القضايا إذا ما قرأناها في صحبة القرارات الأخيرة نقاط قوة وحدود سلطة الإنفاذ التشريعية للحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وبينما يبدو أن قضية سوبراموني تفترض مقاربة جنينية لتوازن الحقوق التي تُفضّل المصالح الجماعية على دعاوى حقوق الفرد المُلّحة، تشير قرارات المحكمة الدستورية الأخيرة إلى أن المصالح الجماعية لا تقيدها بالضرورة دعاوى الحقوق الفردية، وأن المجتمع الذي تقوم قواعده على التقدم بكرامة الفرد والمساواة والحرية لا يستطيع أن يتجاهل احتياجات الفقراء مع سعيه لتحقيق الرفاه للجميع. وهكذا، في كل من قراري قضيتي جروتبوم والحركة من أجل العلاج (TAC)، احتياجات فقراء السكان والفئات الأضعف أخذت أولوية تفوق تأكيدات الحكومة المتنافسة على قيود الموارد وعجز القدرات. ولنفس المدى، تنبع هذه الأولوية من الرسوخ الدستوري للحقوق الاجتماعية القابلة للتقاضي، التي تعزز إلى حد كبير أهمية احتياجات الرفاه الفردي في عملية صنع القرار القضائي، حتى ضد قيود الموارد الحكومية. تنعكس هذه الأولوية في قضية خوسة وآخرين ضد وزير التنمية الاجتماعية وآخرين في عام ٢٠٠٣، حيث وجدت المحكمة أن استبعاد السكان الدائمين من استلام المنح الاجتماعية ينتهك التزامات الدولة بتقديم سبل للوصول إلى الأمن الاجتماعي لكل فرد في القسم ٢٧(١)(c)[٧٦]. وجدت

(76) Khosa and Others v. Minister of Social Development and Others; Mahlaule and Another v. Minister of Social Development and Others, Constitutional Court of South Africa, Cases CCT 12/03; CCT13/03, at para. 38 (Khosa decision).

الحكومة أنه رغم تأكيدات الحكومة حول قضية الموارد المحدودة، "فأهمية توفير سبل الوصول إلى المساعدات الاجتماعية، لكل من يعيش بشكل دائم في جمهورية جنوب إفريقيا وأثر إنكار ذلك على الحياة والكرامة"، يفوق بكثير الاعتبارات المالية(٧٧).

يتجسد أثر إعطاء أولوية للحق في الصحة القابل للتقاضي فوق الاحتياجات العامة للصحة بشكل جيد في حكم المحكمة في قضية نيو كليكس (New Clicks) عام ٢٠٠٥، حيث اعترضت عدة سلاسل للصيدليات على اللوائح التنفيذية الحكومية بتخفيض أسعار الأدوية شاملة فرض رسم منصرف دواء ثابت يدفعه الصيادلة(٧٨). دافعت سلاسل الصيدليات عن موقفها بأن هذا الرسم سوف يكبد خدمات صرف الدواء خسارة، وبذلك يخفض من القدرة على الوصول إلى الدواء ويضر بمهنة الصيدلة. ومع ذلك، اتخذت المحكمة الدستورية بالإجماع موقفا بأن التشريع يسمح بوضع ضوابط على الأسعار باستخدام اللوائح التنفيذية لتشمل وضع سعر صرف ثابت للدواء(٧٩). وفي الوقت الذي انقسمت فيه المحكمة ٥:٦ ضد سلامة رسم المنصرف على الأدوية، فإنها أيدت دستورية اللوائح التنفيذية مع التسليم بالغرض الدستوري المهم في جعل الحصول على الدواء ميسورا وتكلفته ممكنة. فعليا، تحققت المحكمة مرات متكررة من صحة أن الغرض من جعل تكلفة الدواء مقبولة هو تمكين الحكومة من الوفاء بالتزاماتها الدستورية الواردة بالقسم ٢٧ (٨٠). كانت الأهمية الدستورية لهذا الغرض تعني أنه عندما يأتي الأمر إلى موازنة المصالح العامة والمصالح الخاصة محل النظر، لا تستطيع المحكمة إيجاد معادل بين مصالح الصيادلة والاحتياجات الصحية للجمهور(٨١).

---

(77) Khosa decision, para. 82

(78) Minister of Health & Professor D. Mcintyre No v. New Clicks South Africa (Pty) Ltd & Others, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 59/04, at para. 661 (New Clicks decision). The legislation in question was the Medicines and Related Substances Control Amendment Act No. 90 of 1997.

(79) New Clicks decision, at paras. 13 and 14

(80) Ibidem, at paras. 16, 84, 314, 514 and 519

(٨١) انظر مثلا، تأكيد القاضي نجكومو أنه "بينما تمثل مصالح الصيادلة عاملا يجب أن يؤخذ في الاعتبار... فإنه يجب عليهم التسليم بمصالح الجمهور العام" New Clicks decision, at para. 519,

أيضا أضــاف القرار الصادر في قضية سلســلة نيوكليكس محتوى موضوعيا جديدا للحق ، يتجاوز إطار العمل الذي وضعه الدستور للمعقولية والذي اتضحت تفاصيله في الحكم الصــادر في قضـيتي جروتبوم والحركة من أجل الدواء. في عديد من الأماكن تؤكد الأحكام أن الحق في خدمات الرعاية الصــحية يتضــمن الحق في الوصــول إلى دواء اقتصــادي التكلفة[٨٢] وهو ما يضــع مجموعة من الالتزامات على عاتق الدولة في علاقتها بالتكلفة الاقتصادية [٨٣].

أشارت المحكمة إلى أن أثر الأدوية خصوصا تلك التي يصعب على الفقراء الحصول عليهــا ، تفترض أن تصــبح واجبات الدولة هي اتخاذ "تدابير خاصــة لمســاعدة هؤلاء الأكثر عرضــة للمرض وفــي نفس الوقت مســاعدة أكثر الناس عــوزا للموارد"[٨٤] . وهكذا تدرك المحكمة أن واجبات الدولة هي ضــبط نشــاط الأسواق باللوائح التنفيذية المنظمة لحماية احتياجات الصحة العامة ، وأكثر من ذلك أن الوضع الراهن نفسه ربما يكون غير معقول ويتطلب تحركًا نشــطًا لعلاج الأمر[٨٥]. هذه المراسيم تنشط اعتراف المحكمــة بأن الحقــوق تتواجد داخل مناخ اجتماعي مترابط ويضــع واجبات متلازمة علــى عاتق اللاعبين الاجتماعيين الآخرين . وهذا يقدم لنا بقوة صــورة الجانب الآخر

---

(82) New Clicks decision, at para. 514 and 704.
84 Ibidem, at para. 651. See also para. 706, which states that "[p]rohibitive pricing of medicine ...
would in effect equate to a denial of the right of access to health care."

(٨٣) على سبيل المثال رأت القاضية ساكس أن "منع جني الأرباح الفاحشة من حاصل إنتاج وتوزيع وبيع الأدوية هو أكثر من كونه اختيارا تختاره الحكومة أو تتركه. إنه التزام دستوري ينبع من واجباتها الواردة في القسم السابع والعشرين Ibid., at para. 659 ."(2)

(84) Ibidem, at para. 651; para. 706,
تنص الفقرة الأخيرة خصوصا على أن "حظر تسعير الدواء سوف يساوي فعليا إنكار الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية".

(٨٥) جاء في قرار القاضية ساكس في قضية نيوكليكس "يجب عدم استخدام مفهوم المعقولية كأداة محايدة على نحو ظاهر كعرف مستقر مثلما هو الحال في الوضع الراهن يعمل على سد الطريق أمام التحول ويجمد أوجه التحدي في حياتنا العامة... في مجتمع يسوده عدم عدالة التوزيع والإجحاف، هو دفاع عن الوضع الراهن وفشل في صنع التدخلات التصحيحية بدلا من مبادرات إعادة التوزيع التي قد تفتح الباب إلى قدر كبير من المعقولية".
New Clicks decision، at para. 660, incorporating text from footnote 84.

للحكم في قضية سوبراموني، حين رأت المحكمة في دعوى بالحقوق الفردية في العلاج الباهظ الثمن أنها تفرض تهديدا غير مبرر للمنافع الجماعية.

هذه المقاربة ترى أن المحكمة تضمن وضع الاستحقاقات الفردية داخل تصور أعرض من المسئولية الجماعية نحو الفقراء. وهكذا، في الوقت الذي تسعى فيه المحكمة إلى ضمان أقصى منفعة ممكنة من الموارد، لا تصبح مقاربتها للحقوق نفعية، وتركز بشكل خاص على الأثر بعيد المدى لحركة ما هو خاص وما هو عام على أفقر أعضاء المجتمع وأقلهم حيلة. تتجسد صورة هذه المقاربة في قضية المجلس البلدي لمدينة بورت إليزابث عام ٢٠٠٣ التي تتناول حقوق السكن، حيث رفضت إعطاء الإذن بإخلاء واضعي اليد على أرض مملوكة ملكية خاصة لأفراد؛ لأن المجلس البلدي لم يتخذ خطوات منطقية لإيجاد موقع سكن بديل(٨٦). وشددت المحكمة في الحكم الصادر منها على أنه:

> في مجتمع يقوم على الكرامة الإنسانية والمساواة والحرية لا يمكن الافتراض مسبقا أنه من الممكن تحقيق الخير الأعظم للعديد على حساب معاناة فظيعة تقع على القلة، خصوصا لو أمكن تجنب مثل هذه الآلام البشرية بواسطة تطبيق قدر معقول من الحنكة القانونية والإدارية(٨٧).

أشارت المحكمة إلى أن هذه المقاربة للحقوق تقوم على أساس الفكرة الإفريقية التقليدية المسماة "الأوبونتو" (ubuntu) التي يمكن ترجمتها إلى "الإنسانية"، "والشخصية الذاتية"، و"الأخلاقيات"، التي "تحيط بالقيم الأساسية للتضامن والتعاطف والاحترام

(86) Port Elizabeth Municipality v. Various Occupiers, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 53/03, at para. 29 (Port Elizabeth Municipality decision).

(87) Port Elizabeth Municipality decision, at para. 29

والكرامة الإنسانية والانسجام مع الأعراف الأساسية والوحدة الجماعية" (٨٨). تلك هي الفكرة التي تناقشـها المحكمة "تغمر النظام الدستوري كله... وتوحد الحقوق الفردية بالفلسـفة المجتمعية"(٨٩). تسـعى هذه المقاربة للحقوق لضمان ليس فقط تحقيق الحقوق الفردية ولكنها تجعل هذه المهمة أيضـا جزءا أصيلا من روحية الشعب الجماعية، التي تتضـمن الاحترام والإنسـانية المتبادلة. وهكذا، رغم جزم المحكمة بدور دسـتوري مُقيَّـد، فإن إنفاذها للحقوق الاجتماعية الدسـتورية يوفر آليـة لعلاج أي مظالم. وبينما يمكن القول إن المحكمة قد لا تسـتطيع علاج المظالم البنيوية التي قد تكبل بشـكل قوي عمليـة تحقيق الحقـوق الاجتماعية، فـإن المحكمة تسـعى رغم ذلك إلـى أن "تخفف على الأقل درجة الظلم والإجحاف وتقلل شـدتهما" بتصـرفات مثل إخلاء الفقراء من مساكن احتلوها "في ظروف إجحاف لضروريات مُستحَقة"(٩٠). وقد ساهمت قرارات المحكمـة بالتأكيد في علاج بعض المظالم. على سـبيل المثال، لم يحقق قرار المحكمة في قضـية الحركة من أجل العـلاج (TAC) برنامجا قوميا لمكافحـة انتقال العدوى من الأم إلـى الطفل (MTCT) فيما يتجاوز ٨٠٪ من العيادات الحكومية(٩١) وفقط، ولكن هذا القرار وضع أسسـا لبرنامج قومي لعلاج الإيدز، والذي أُعلن في ٢٠٠٣ (٩٢). بحلول

---

(88) S v. Makwanyane and Another 1995 (3) S. Afr. L. Rep. 391 (Const. Crt.), at para 308, referenced in Port Elizabeth Municipality decision, at para. 37, footnote 36; David Dikoko v. Thupi Zacharia Mokhatla, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 62/05; and Nonkululeko Letta Bhe & Others v. Magistrate, Khayelitsha & Others; Charlotte Shibi v. Mantabeni Freddy Sithole & Others; South African Human Rights Commission and Women's Legal Centre Trust v. President of the Republic of South Africa and Minister for Justice and Constitutional Development Constitutional Court of South Africa, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 49/03, 69/03 and 50/03.

(89) Port Elizabeth Municipality decision, at para. 37

(90) Ibid., at para. 38

(91) Ministry of Health, "100% Coverage for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV," 12 March 2007.

(92) Department of Health, Operational Plan for Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment for South Africa 19 November 2003, (Care Plan) online: Government of Republic of South Africa.

أكتوبر ٢٠٠٦، نال ما يقرب من ١٦٥-١٧٥ ألف شـخص سـبيلا لعقار علاج الإيدز (antiretrovirals) من خلال هذا البرنامج(٩٣).

إلا أنه بينما تمثل السلطة التشريعية في جنوب إفريقيا صورة الأثر المخفف للتقاضي حول انعدام العدالة والمساواة، لكن هذه السلطة يُظهر أيضا أنها محدودة التأثير في إحداث تغيير عاجل وفعّال للسياسات، مثل المظالم التي تنتج عن التنفيذ كما افترض القرار في قضيتي جروتبوم والحركة من أجل العلاج. على سبيل المثال، ما حدث من تغيير على أرض الواقع في سياسة الإسكان، حتى بعد مرور عام من قرار المحكمة في قضية جروتبوم(٩٤)، كان قليلا لتلبية احتياجات البائسين من الناس ومن هم في أوضاع أزمات. والصورة تختلف كثيرا عنها بعد قرار المحكمة في قضية الحركة من أجل العلاج (TAC)، ربما بسبب قوة حركة الأنصار المحليين المدافعين عن العلاج الذين استخدموا وسائل الإعلام لتسليط الضوء على التأخير في تطبيق السياسة، والذين أقاموا دعوى بازدراء إجراءات المحكمة ضد رئيس الوزراء الإقليمي بسبب عدم تنفيذه للقرار. تفترض هذه الاختلافات أنه لو كانت التعبئة السياسية بواسطة المجتمع المدني ضرورية لضمان التنفيذ في التوقيت المناسب، سوف تصبح المقاربة القضائية هي المطلوبة من أجل التنفيذ، عبر استخدام الأوامر الملزمة والسلطة القضائية الإشرافية. وهذا هو الخيار الذي تركته المحكمة مفتوحا في قرارها بشأن قضية الحركة من أجل العلاج (TAC)، والذي تستطيع المحكمة استخدامه إذا استمر التزام الدولة بقراراتها فضفاضا أو غير كاف. يظل رفض المحكمة لمبدأ الحدود الدنيا الأساسية جانبا في سلطتها التشريعية يثير الجدل على نحو خاص، وتتعرض المحكمة للنقد بسبب تركها ثغرات واسعة ونقاطا مبهمة كثيرة في كيف يجب على الدولة أن تنفذ عمليا معيار المعقولية (reasonableness standard) عموما، أو في مجال الصحة خصوصا. على سبيل المثال، يقدم معيار

(93) International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), "Missing the Target #3: Stagnation in AIDS treatment Scale Up Puts Millions of Lives at Risk," 28 November 2006, at 45.

(94) K. Pillay, "Implementing Grootboom: Supervision Needed" Economic and Social Rights Review (2002) 3, p. 12.

المعقولية فقط خطوطا استرشادية عريضة للدولة، دون تحديد الأولويات العارضة لتحكم مسار التحقق التدريجي، ولا تعرف حالات الضرورة العاجلة ولا الأوضاع البائسة والفئات الرئيسية التي يجب استهدافها من الفقراء والضعفاء(٩٥).

ورغم ذلك فإن القرار في قضايا جروتبوم، والحركة من أجل العلاج وخوسا ونيو كليكس، يصور أن الطبيعة المجردة لمعيار المعقولية لا تُنقص من قدرته الأوسع على حماية المعوزّين والمرضى من الإهمال الحكومي العام ولا عدوان القطاع الخاص. بل الأكثر من ذلك، يصور قرار قضية نيو كليكس أن المحكمة سوف تطور مرة بعد مرة بشكل متزايد المحتوى الجوهري لهذه الحقوق - إضافة إلى المبادئ الدستورية - الأعرض لمعيار المعقولية. في ضوء ذلك يجب أن ننظر إلى رفض المحكمة لمبدأ الحدود الدنيا الأساسية على أنه يحطم الروح والنية الموجودة خلف مبدأ الحقوق الاجتماعية القابلة للتقاضي، بل الأحرى أنه يتناغم بشكل قوي مع الحقوق الاجتماعية القابلة للتقاضي.

بالتأكيد يبعث إنفاذ المحكمة للحقوق برسالة واضحة إلى الثقافات القانونية الأخرى فيما يتعلق بقابلية الحقوق الاجتماعية للتقاضي والمسئوليات الإيجابية. وهذا يعطي صورة لطاقات الدور القضائي في إنفاذ الحقوق التي تجيب على الاهتمامات العملية حول القضايا التي تنتهي إما بمكسب أو خسارة لأحد الطرفين (zero sum claims) والكفاءة المؤسسية والشرعية الديمقراطية للمراجعة القضائية للسياسات الاجتماعية. إلا أن مقاربة المحكمة الحذرة والكفء لم تخاطب بالكامل الاعتراضات الأيديولوجية

---

(95) T. Roux, "Understanding Grootboom – A Response to Cass R. Sunstein" Forum Constitutionnel (2002) p. 41-51, at 46, and S. Liebenberg, "South Africa's Evolving Jurisprudence on Socio-economic Rights" Law, Democracy and Development (2002), p. 159. See also, D. Bilchitz, "Towards a Reasonable Approach to the Minimum Core: Laying the Foundations for Future Socio-economic Rights Jurisprudence" S. Afr. Jnl. on Hum. Rts, (2002) 19, p. 1-126 and M. Pieterse, "Possibilities and Pitfalls in the Domestic Enforcement of Social Rights: Contemplating the South African Experience" Human Rights Quarterly (2004) 26, p.882-905.

على الحقوق الاجتماعية بتجسـيد فكرة أن المسـئوليات الإيجابيـة قابلة للإنفاذ رغم أن ذلك محل تساؤل ، والواجبات السلبية دون شك كذلك[٩٦]. لذلك بقيت استجابة المحكمة منزرعة في التمييز الحاد بين الواجبات الإيجابية والسلبية (وظاهريا الحقوق الإيجابية والسـلبية) رغم حقيقة أنه قد لا يكـون هناك تمييز حاد بين نـوع التحركات والموارد المطلوبة لتحقيق هذه الواجبات[٩٧]. يفترض هذا التمييز أن تتخلص المحكمة بالكامل من المتاع الأيديولوجي المرتبط بالحقوق الإيجابية، وأن هذا الانحياز الثقافي القانوني المسـتمر قد لا يخفي العمل التحليلي المطلوب لاستحضـار انتهاكات الحقوق والمظالم البنيوية التي تجعل هذه الانتهاكات تستفحل وتستديم.

الخلاصة

يعكس التشـريع في جنوب إفريقيا ظهور تقاليد إفريقية مبتكرة للحقوق أكثر إدراكا للمحددات الاجتماعية للاستقلال الذاتي للفرد والهيئات من مقاربات الحقوق الليبرالية التي تسـتبعد دعاوى الرفاه الاجتماعي. وبدلاً من ذلك، تحمل المقاربة التشـريعية في جنوب إفريقيا وعودا بتقدم حق الوصـول المتساوي للرعاية الصحية وبتخفيف ويلات الفقـر هـذه التي يمكـن تجنبها منطقيـا في حدود تلك المـوارد المحـدودة. منحت هذه المقاربة القوة والنفوذ للحق في الصحة ضد مصالح القطاع العام والخاص التي تعتدي بشـكل غير منطقي على احتياجات الفقراء الأساسـية. إلا أن اسـتعداد السلطة القضائية لإعطاء هذا الحق أسـنانا هو اختيار مُحدَّد بشروط كثيرة، يخضع بعمق لتأثير المفاهيم

(٩٦) يتضح ذلك في وضع المحكمة لنظم إنفاذ الواجبات الإيجابية والسلبية البديلة يُفسَّر بها كل حق من الحقوق الدستورية (سواء أكان اجتماعيا أم مدنيا). وهكذا، رأت المحكمة أن الحقوق المدنية تفرض واجبات إيجابية يجب تقييمها طبقا للمعايير الدستورية للمعقولية. من الناحية الأخرى ترى المحكمة أن الحقوق الاجتماعية تفرض واجبات سلبية لا تخضع لمبدأ التحقيق المتدرج وبدلاً من ذلك يجب تقييمها في ظل فقرة الحدود العامة الدستورية.
Rail Commuters Action Group and others v. Transnet Ltd Constitutional Court of South Africa, CCT 56/03, at paras. 70 and 88; and Jaftha v. Schoeman and others; van Rooyen v. Stoltz and Others S. Afr. L. R. (2005) 2, p. 140 (Const. Crt.)

(97) Henry Shue, Basic Rights, Subsistence, Affluence and US Foreign Policy (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1980).

الثقافية القانونية لشرعية الحقوق الاجتماعية، والمفاهيم الأيديولوجية الأعمق لدور الدولة الملائم والسليم؛ مقابل السوق في عملية إعادة التوزيع المادية وعلاج المظالم.

تفترض هذه التأثيرات الأعمق أنه لو اتخذ الحق في الصحة سلطة قضائية، لأصبح عليه أن يتغلغل في هذه المفاهيم الأعمق التي لا تتعلق سطحيا بالقانون ولكن بالحاكمية -طريقة الحكم- ولا يتطلب هذا بشكل بسيط استهداف التعليم القانوني الذي يدرب القضاة على مقاربات عتيقة بالية للحقوق الاجتماعية، ولكنه أيضا يعمل نحو استيعاب أوسع وأعرض لهذا الحق كمجموعة كاملة من التوقعات في حاكمية وتجارة -تبادل منافع- سليمة ملائمة فيما يتعلق بالاحتياجات الصحية والاجتماعية. ترى هذه المقاربة في الحقوق أداة محتملة للتحول، تقدم إطار عمل أخلاقيًا لتحقيق مجتمع أكثر إنسانية يُستجاب فيه للاحتياجات الأساسية كاملة كأمر طبيعي وليس استثناء. وبينما التقاضي وحده لن يحقق هذه المُحصّلة، إذا ما وحدناه مع الخطاب الحقوقي، وحركات المناصرة والتعبئة الاجتماعية، قد يمتلك الحق في الصحة المكانة والنفوذ (empowered) بشكل جماعي كأداة علاجية قادرة على وضع قيود معقولة على العمل السياسي والاقتصادى لخدمة المصالح الصحية للفقراء.

الفصل التاسع

الأثر طويل المدى للتوسع في علاج فيروس الإيدز (ART) على إضعاف/ تقوية النظم الصحية في إفريقيا جنوب الصحراء: العدالة والمبررات

ستيفاني نيكسون ونينا فينسترا (Stephanie Nixon and Nina Veenstra)

"يعكس الاعتراف العالمي بحقوق العلاج من فيروس نقص المناعة البشري تحَولا كبيرا في الرؤى والأفكار. المطلوب الآن هو تحول آخر من أجل تنفيذ هذه الطموحات"(١).

مقدمة

التوسع في تقديم عقاقير نظام علاج فيروس الإيدز (ART) في إفريقيا جنوب الصحراء هو دون شك تطور إيجابي. أخيرا أصبح تناول تلك الأدوية – طول العمر- مكوّنا لا غنى عنه في استجابة البلدان للقضاء على فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسبة في أكثر المناطق الموبوءة في العالم، بعد عقد كامل من استعمالها في البلدان الغنية. ومع ذلك، وحتى ينجح مثل هذا التدخل يجب أن نفهمه أكثر على أنه تدريب فني على تقديم أقراص الدواء. والبعد المحوري لهذا التحدي، يشمل الأنظمة الصحية من خلال الخدمات التي تقدمها.

كانت إضافة عقاقير علاج الإيدز (HIV) للرعاية المقدمة لعدوى فيروس نقص المناعة البشري في البلدان الغنية في التسعينيات تطورا ملموسا ولكن هذا التطور لم يهدد استقرار الأنظمة الصحية في هذه البلدان. وعلى النقيض، النطاق المتزايد جدا

(1) R. Loewenson and D. McCoy, "Access to antiretroviral treatment in Africa", British Medical Journal (2004) 328, p. 241-242.

لوباء فيروس نقص المناعة البشري في إفريقيا جنوب الصحراء المرتبط بأنظمة المنطقة الصحية الأقل صلابة نتج عنه على الأرجح سيناريو مختلف جدا. تعاني مناطق إفريقيا جنوب الصحراء من وباء عام مع معدلات انتشار قومية لإصابة البالغين بفيروس نقص المناعة البشري ترتفع فوق ٣٠٪ في بعض الحالات، وهو ما يتناقض بشكل صارخ مع معدلات انتشار تبلغ أقل من ١٪ في أكثر البلدان ثراء في العالم[٢].

أكثر من ذلك، تكافح الأنظمة الصحية في بلدان إفريقيا جنوب الصحراء من أجل الارتقاء بنفسها، بينما هي تحاول في نفس الوقت تلبية مطالب ينوء أمامها بشدة ما تملكه من قدرات. وفيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري على وجه الخصوص، التحول الجاري في المنطقة من مقاربة الوقاية فقط إلى مقاربة تشمل الوقاية، والعلاج وتقديم الرعاية معا قد تحول بالمطالب والتوقعات المنتظرة من هذه الأنظمة. لذلك يجب أن يحترس المرء عند النظر إلى الغرب للاستفادة من الدروس التي تعلمتها البلدان الغربية حين أدخلت نظام علاج فيروس الإيدز (ART) وكيف أثر فى أنظمتها الصحية. بل إن هذا الوضع المستحدث يدعو إلى تحليل تقديم عقاقير نظام علاج فيروس الإيدز (ART) ووضعه في سياق تدعيم الجهود التي كانت الأنظمة الصحية في البلدان الفقيرة تقوم بها طوال عقود.

فعليا، الاعتراف بمغزي هشاشة الأنظمة الصحية في إفريقيا منسوبا إلى النجاح في نشر تقديم أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) هو "التغيير في الرؤى" الذي دعا إليه لوينسون وماكوي في النص المقتبس أعلاه.

يخاطب الجزء الأول من هذه الورقة البحثية مسألة كيف تؤثر عملية التوسع في تقديم عقاقير نظام علاج فيروس الإيدز (ART) في الأنظمة الصحية بإفريقيا جنوب الصحراء على المدى الطويل، مستهدفين الغاية المذكورة أعلاه. وسوف نخلص إلى أن التوسع الحالي لسبل الوصول إلى أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) تشمل بشكل محتمل مقاربة ما في تقديم الرعاية الصحية تجري عكس العديد من أهداف دعم الأنظمة الصحية في المنطقة.

---

(2) UNAIDS, Report of the global AIDS epidemic 2006, UNAIDS, Geneva (2006).

فـي الجـزء الثاني من هذه الورقة، نخاطب مسـألة هل هذا مبـرر أم لا؟. بمعني، معرفـة أن عملية التوسـع الحالي في تقديم نظام علاج فيروس الإيدز (ART) سـوف تخفض على الأرجح جهود تدعيم الأنظمة الصحية في المنطقة، وهل ما زال ذلك كافيا لتبرير التحرك قدما؟ نسـتخلص من ذلك أن التـآكل المحتمل في عملية تدعيم الأنظمة الصحية في المنطقة هو أمر مبرر، شريطة بذل جهود متزامنة في نفس التوقيت؛ لتحسين احتمال تحقق سيناريو "انتقال الإيدز". نناقش هذه الجهود المتزامنة، بناء على آخر الأبحاث لنرسم صورة السيناريو الذي ينشأ حاليا في إفريقيا جنوب الصحراء.

فـي الجـزء الثالث من الورقـة، نفكر مرة أخـرى فيما ورد بالجزءيـن الأول والثاني مـن أجل الخروج بالدروس المسـتفادة، التـي قد تثري معلومات عملية التوسـع في تقديم الـ (ART) في إفريقيا جنوب الصـحراء بطرق تقلل على الآقل من الأثار المدمرة وبشـكل مثالي تفيد تدعيم الأنظمة الصـحية في المنطقة. نناقش قيمة التضـامن كمبدأ مرشـد لوضع خطط التوسـع في نظـام فيروس الإيـدز (ART)، يتبعها سلسـلة من الدروس الملموسـة للتحرك قدما.

الأثر طويل المدى المحتمل للتوسـع في نظام علاج فيروس الإيدز (ART) على الأنظمة الصحية في إفريقيا جنوب الصحراء

لا تزال الأنظمة الصـحية في بلدان إفريقيا جنوب الصـحراء في مرحلة التطور ولم تنضـج بعد، وتُعاد صياغتها بشكل مسـتمر في محاولة لتصـبح أكثر قوة. تتحول أفكار كيف تصـبح هذه الأنظمة تحولات كبيرة، وأكثر قوة عبر الزمن. تعتمد الجهود الحالية اعتمادا شـديدا على إعلان آلما آتا الشـهير، حول الصـحة والالتزامات المنبثقة منه مثل "الصـحة للجميـع بحلول سـنة ٢٠٠٠". في مركز هـذه الرؤية يقوم مفهـوم "الرعاية الصـحية الأوليـة" (PHC)، الذي يحتضـن مقاربة شـاملة للصـحة تخاطـب المحددات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للرفاه والمرض[٣]. ومن خلال هذا المفهوم، تصبح

(3) Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR (1978).

رسالة النظام الصحي أعرض من مجرد تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية. تحولت بـؤرة اهتمام الأنظمة الصـحية من التكنولوجيا المتخصصـة في المرضـ وثقافة رعاية المستشـفى العلاجية نحو مقاربة أكثر تكاملا وشمولا واسـتباقية للرفاه. يحتل الإنصاف مكان الهدف المحوري مصحوبا بمنظور حقوق الإنسان كوسيلة من خلالها يمكن تحقيق هذا الإنصاف. تعرضـت مقاربة الرعاية الصـحية الأولية للنقد بوصفها مقاربة مثالية، ولكن هذه الفلسفة حملت دروسا جعلتها تصمد في وجه اختبار الزمن(٤).

شـددت مقاربة إصـلاح النظام الصـحي (health care reform) التـي أعقبت مفهوم الرعاية الصـحية الأولية في منتصف الثمانينيات على مجموعة مبادئ مختلفة، أكثرها بروزا مبدأ القيمة الاقتصادية للخدمات. الأسس النظرية لهذه الإصلاحات كان مذهب الليبرالية الجديدة الاقتصـادية (neo-liberalism). لذلك اسـتهدفت هـذه المقاربة زيادة دور آليات السـوق في تقديم الرعاية الصـحية بالتوسع في دور القطاع الخاص؛ لتزيد "المشـاركة في التكلفة" (cost-sharing) وينصب التركيز على الكفاءة(٥). انخفض دور الحكومـات إلى الحـد الأدنى، من خلال القيـود المالية على الإنفـاق الموجه للرعاية الصـحية القطاع العام ومن خلال تقليـل اللوائح التنظيمية العامة للخدمات الصـحية. كانت آليات اسـترداد التكلفة، مثل رسـوم المسـتهلك، مدمرة على نحو خاص بسبب أثرها غير المنصـف على استخدام الرعاية الصـحية(٦). والنتيجة كانت مقاربة للصحة ذهبت ضد العديد من المبادئ التي ارتبطت بالرعاية الصحية الأولية (PCH) وأغمضت عينيها عن هدف الصحة للجميع.

---

(4) M. Cueto, "The origins of primary health care and selective primary health care", American Journal of Public Health (2004) 11, p. 1864-1874.

(5) World Bank, World Development Report 1993: Investing in health, World Bank, Washington (1993).

(6) J. Nabyonga, M. Desmet, H. Karamagi, P. Kadama, F. Omaswa and O. Walker, "Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda", Health Policy and Planning (2005) 2, p. 100-108.

ما زلنا نرى مقاربة السياسة الاقتصادية النيو ليبرالية في كل من البلدان الغنية والفقيرة إلى اليوم. تبنت بلدان إفريقيا جنوب الصحراء هذه المقاربة بشكل واسع كشرط للحصول على قروض البنك الدولي وصندوق النقد العالمي أو كنتيجة للضغوط الدولية. ومع ذلك، ومع التوثيق الجيد لأثر هذه السياسات المدمرة على الأنظمة الصحية الهشة، يتجدد اليوم الحنين للقيم العديدة التي جاءت في صياغة إعلان آلما آتا منذ ثلاثة عقود تقريبا[٧]-[٨].

داخل هذا السياق نأتي إلى مسألة كيف يمكن أن يؤثر هذا التوسع الكبير في تقديم أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) على الأنظمة الصحية. على سبيل المثال تشدد أضواء علاج فيروس نقص المناعة البشري (HIV) الباهرة على دائرة النموذج الطبي. ويبدو أنها أيضا تسير بنا نحو مركزية الرعاية الصحية. في جنوب إفريقيا، يبدو أن الاستجابة على فيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة تعطي أولوية لأهداف تقديم الرعاية قصيرة المدى التي تقوم على المستويات الحكومية الأعلى في تضاد مع هدف التنمية طويلة المدى لتدعيم نظم الحكم المحلي[٩]. في الجدول رقم ١، يُظهر العمود الأول تحوّلا في بؤرة الاهتمام المرغوبة من خلال تدعيم النظام الصحي، بيما يحدد العمود الثاني إطار تأثيرات التوسع في أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART)، التي تعمل بشكل واسع في اتجاهات غير مرغوب بها كثيرا.

(7) Global Health Watch, Global Health Watch 2005-2006: An alternative world health report, People's Health Movement, Medact and Global Equity Gauge Alliance (2005).

(8) People's Health Movement, People's Charter for Health, First People's Health Assembly, Dhaka, Bangladesh (2000).

(9) D. Blaauw, L. Gilson, P. Modiba, E. Erasmus, G. Khumalo and H. Scheider, Governmental relationships and HIV/AIDS service delivery, Centre for Health Policy (CHP), University of Wit-watersrand, Johannesburg (2004).

الجدول 1: كيف يؤثر التوسع في علاج الإيدز (ART) على جهود تدعيم النظام الصحي

التحولات المرغوبة في بؤرة الاهتمام	التأثرات المحتملة للتوسع في علاج الإيدز(ART)
من الرعاية العلاجية إلى الرعاية الوقائية	العودة إلى الرعاية العلاجية
من النموذج الطبي إلى مقاربة محددات الصحة الأعرض	العودة إلى النموذج الطبي
من مستوى الرعاية التخصصية الثالث إلى الرعاية الأولية	العودة إلى مستوى الرعاية التخصصية الثالث
من تقديم الرعاية المركزي الحضري إلى رعاية لا مركزية تغطي المناطق الريفية	العودة إلى تقديم الرعاية المركزية الحضرية
من التركيز على الشئون قصيرة الأمد إلى التركيز على أهداف تنموية طويلة الأمد	العودة إلى التركيز على الشئون قصيرة الأمد
من البرمجة الرأسية للاستجابة على أمراض بعينها إلى الرعاية المتكاملة	العودة إلى البرمجة الرأسية
من التخطيط والإدارة المركزية من أعلى إلى أسفل، إلى التخطيط والإدارة اللا مركزية التي تقودها المجتمعات المحلية	العودة إلى التخطيط المركزي من أعلى إلى أسفل

ومما هو جدير بالذكر على نحو خاص فيما يتعلق بتدعيم النظم الصحية هي الطريقة التي يروج بها التوسع في أدوية الـ ART للبرامج الرأسية في معارضة للنموذج الأفقي. فالبرامج الرأسية، التي تعني هياكل صحية مخصصة لتخطيط وإدارة وتنفيذ مجموعة تدخلات مختارة مقترنة بمرض معين، هي استراتيجية للصحة العامة أُستخدمَت

لعقود[10]. المنطق العام وراء رأسية العمل هذا هو توفير قدرات أوسع في جهد مُركّز لتخفيض الوفيات والمراضة المرتبطة بمرض معين[11]. وهكذا، نداء البرامج الرأسية هو نمطيا أعلى صوتا؛ حيث توجد الأوبئة، والفقر وحيث يتزامن معها الأنظمة الصحية الضعيفة، وهي نفس الحالة التي عليها فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسبة في العديد من البلدان وخصوصا إفريقيا جنوب الصحراء.

وبينما تبدو هذه الحجة جذابة بشكل لا يُقاوَم، هناك نواحي قصور فادحة الثمن في هذه المقاربة غنية بالدروس من أجل التفكير فيما يتعلق بالتوسع في أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART). تتعلق بعض نواحي القصور هذه بالتحوّل الحاد الذي حدث في بؤرة الاهتمام التي شرحنا خطوطها العريضة أعلاه. وغالبا ما تعكس البرامج الرأسية على نحو أخصّ رد فعل نموذج طبي، يُنقِص من شمول المقاربة التي تخاطب أهم المحددات الضارة بالصحة.[12] كذلك كثيرا ما اتخذت البرامج الرأسية تاريخيا مقاربة إدارية من أعلى إلى أسفل في معارضة للمقاربة التي تُفعِّل دور المشاركة المجتمعية.

تنبع الهموم الأخرى من الطريقة، التي تستطيع بها هذه البرامج الرأسية الترويج لبرامج متعددة موازية تتلخص في أحد الأمراض وتعمل في عزلة عن الآخرين وبطريقة يدعمها غالبا التمويل الخارجي. مفهوم البرامج الرأسية التي تعمل في عزلة وبمستويات عالية من تمويل المانحين يكفل غالبا لهذه البرامج أن تعمل جنبا إلى جنب لتخلق ظروفا غير مرغوبة في النظام الصحي. من حيث الجوهر، في الوقت الذي قد تكون فيه البرامج الرأسية فعّالة في نفسها وبنفسها، إلا أنها تملك الأثر المحتمل لتفكيك

(10) A. Mills, "Mass campaigns versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches?", Bulletin of the World Health Organization (2005) 4, p. 315-316.

(11) V. Oliveira-Cruz, C. Kurowski and A. Mills, "Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate", Journal of International Development (2003) 15, p. 67-86.

(12) A. Mills, "Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency", Social Science and Medicine (1983), p. 1971-1981.

قـدرة النظم الصـحية المحلية على تقديم خدمات جوهرية متكاملة وشـاملة(١٣). يشـمل الضـرر الشائع لهذه البرامج اغتصـاب الموارد المحدودة غالبا من العاملين الصحيين خـارج النظم القائمـة ودفعهم إلـى القيام بـأدوار ذات مرتبات أعلى داخـل البرامج الرأسـية، التي ترعاها منظمات غير حكومية صـحية دوليـة ومانحون(١٤). ربما نرى هذه العملية بوصـفها تجريفا لمهارات العاملين في حقل الرعاية الصـحية الأولية؛ حيث إن خبرتهم سـوف تتركز في تحقيق أهداف ضـيقة على حساب خبرتهم الأعرض في ميدان المطالب الصـحية لمجتمعاتهم المحلية(١٥). وبينما يمثل التمويل الخارجي لبرامج نظام علاج فيروس الإيدز (ART) شيئا جوهريا لا غنى عنه، فإنه يأتي أيضا بقضية من سوف يضع الأولويات الصحية. توضع على المستوى القومي خطط تدخلات فيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة وطرق تقديمها. والأمر هكذا، يجب على اسـتراتيجيات التوسـع في تقديم أدوية نظام عـلاج فيروس الإيدز (ART) داخل البلدان وبواسـطتها أن تقود عملية توزيع مخصصـات الموارد الخارجية وليس العكس.

الصـورة الناتجـة هي صـورة وفقا لها يتم التوسـع في أدوية نظـام علاج فيروس الإيـدز (ART)، بقدر ما هو حاسـم في حـد ذاته، لكن هذه الصـورة تنذر باحتمالات إحباط جهود تدعيم الأنظمة الصـحية في بلدان إفريقيا جنوب الصحراء بانحراف بؤر الاهتمام في اتجاهات مرغوبة بشكل أقل. من هذا المنطلق نعود مرة أخرى إلى سؤال هل تبرر هذه الآثار السـلبية على النظم الصـحية بشـكل محتمل التوسع في أدوية نظام علاج فيروس الإيدز (ART) أم لا.

(13) WHO, The African Regional Health Report: The health of the people, World Health Organisation, Geneva (2006).

(14) K. Kober and W. Van Damme, "Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa:who will do the job?", The Lancet (2004) 364, p. 103-7

(15) Global Health Watch, Global Health Watch 2005-2006: An alternative world health report, People's Health Movement, Medact and Global Equity Gauge Alliance (2005).

مبررات الأثر طويل المدى للتوسع في علاج فيروس الإيدز (ART) على النظم الصحية

تمتد جذور هذه المقاربة الاستثنائية للتوسع في نظام علاج فيروس الإيدز (ART) إلى منطق تناول المراضة والوفيات كمسألة عاجلة، ومن ثم العمل على تخفيض الإصابات الحديثة بفيروس نقص المناعة البشري على المدى المتوسط. سوف ينتج عن تقليل الإصابات الحديثة انخفاض لعبء المرض ويصبح من الممكن إدارته، ساعتها من الممكن ضم خدمة تقديم عقاقير نظام علاج فيروس الإيدز (ART) إلي الخدمات الصحية عموما. ولو سار كل شيء كما هو مخطط له سوف تفسح البرامج الرأسية الطريق للمقاربات الأفقية ولسوف يتكامل نظام علاج فيروس الإيدز (ART) مع خدمات الصحة الأعرض. لا تختلف هذه المقاربة ومنطقها عن الاستجابة لتفشيات الأمراض السارية الأخرى. فمثلا، لو كان هناك تفشٍ لمرض الحصبة، سوف تنشأ خدمات مخصوصة كرد فعل على حالة أزمة عاجلة، لعلاج الحالات المرضية الموجودة أولا وثانيا؛ لمكافحة زيادة انتشار المرض. وفور ما يتم التحكم في انتشار المرض، سوف يصبح مرض الحصبة مرة أخرى واحدًا من المشاكل التي تتصدى لها خدمات الرعاية المتكاملة. لهذا تقوم مبررات المقاربات الاستثنائية، مثل هذه المقاربة الممنوحة لعلاج فيروس نقص المناعة البشري، على افتراض أساسي: وهو أن النظام الصحي سوف يصبح قادرا على إدارة عبء المرض في المستقبل المنظور. فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (HIV/AIDS)، هذا يعني أن عدد المتعايشين مع الفيروس والإيدز أو أيهما سوف ينخفض في المدى المتوسط إلى مستوى تستطيع الخدمات الصحية العامة التعامل معه. ومع ذلك هذا المبرر غير مؤكد في حالة الفيروس والإيدز أو أيهما بسبب كل من طبيعة طول موجة الوباء وقلة الخبرة في التعامل مع برامج علاج فيروس الإيدز في إفريقيا جنوب الصحراء. عدم اليقين المحيط بالعوامل التي تشكل الطلب على الرعاية في المستقبل يضعف قدرتنا على التنبؤ باحتمالات انخفاض عبء المرض. إلا أننا نستطيع بشكل معقول أن نتوقع مقدما مجموعة من السيناريوهات المحتملة المرتبطة بإدخال نظم علاج فيروس الإيدز (ART).

السيناريو الأكثر تفاؤلا يستقي دروسا من التحوّل السكاني؛ ولذلك يحمل عنوان "مرحلة انتقال الإيدز" الذي أطلقه الاقتصادي ميد أوفر[١٦]. في هذه الحالة، ينخفض معدل الوفيات بسبب الإيدز؛ كلما حصل الناس على النظام العلاجي للفيروس المسبب للإيدز والتزموا به. الأمر المهم أيضا، تنخفض معدلات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري كلما أحدث النظام العلاجي لفيروس الإيدز (ART) أثرا إيجابيا طويل المدى على الوقاية من خلال آليات تشمل خفض انتقال العدوى وتقليل الخوف من وصمة العار، التي تلحق بالمرضى. الأثر الناتج على الأنظمة الصحية هو زيادة أولية في عدد من يطلب الرعاية ثم يعقب هذه الزيادة استقرار في الطلب؛ حيث يصبح عبء إدارة المرض ممكنا أكثر فأكثر. المقاربة الرأسية لعملية تقديم خدمة علاج فيروس الإيدز تؤتي ثمارها وتساعد على التحكم في وضع مترد.

إلا أن السيناريوهات البديلة تؤدي إلى مزيد من النتائج الكئيبة. مثلا، قد لا تنجح برامج علاج فيروس الإيدز (ART) في تحقيق خفض في معدل الوفيات أو الاستمرار في تحقيق هذا الخفض بسبب مشاكل تقديم خدمات البرنامج مثل الوصول إلى الخدمة والدعم والالتزام بتناول الدواء. وسوف يلغي الفشل في خفض معدل الوفيات بدوره تلك الفوائد الناتجة من منع العدوى بفيروس نقص المناعة البشري، ويسبب استمرار ارتفاع معدل الإصابات الجديدة. وإذا ما تصورنا بعض النجاحات الأولية في خفض معدل الوفيات، سوف تكون النتيجة زيادة أولية أيضا في عدد الناس الذين يطلبون الرعاية، ثم تعقبها فترة استقرار في الطلب بشكل ما عندما تعاود معدلات الوفاة سيرتها الأولى. ومع ذلك، سوف يكون العبء الإجمالي للرعاية أعلى في سيناريو "مرحلة انتقال الإيدز" (AIDS transition) وما هو أعظم أهمية، سوف تستمر الجائحة في التفشي.

(16) M. Over, "Impact of the HIV/AIDS epidemic on the health sectors of developing countries", in M. Haacker (ed.), The Macroeconomics of HIV/AIDS, (Washington: International Monetary Fund, 2004).

وحتى حينما تتدبر برامج علاج فيروس الإيدز (ART) أمر تحقيق خفض مستدام فـي معدل الوفيات، قد لا تبـدأ تلقائيا "مرحلة الانتقال في الإيدز". ويعود ذلك إلى أن الافتراضـ بإيجابية تأثير التوسـع في برنامج علاج فيروسـ الإيدز (ART) قد يكون افتراضا غير صحيح، مع إظهار النتائج الفعلية أن أثر البرنامج قد يكون إما سلبيا أو لا يمتلك أي تأثير على منع المرض. في مثل هذه الحالات تظل معدلات العدوى الجديدة مرتفعة، ويسـتمر الوباء في الانتشار، ويصـل عبء المرض على النظم الصحية إلى أقصاه. بمثل هذه السيناريوهات البديلة، تصبح مبررات إدخال برامج علاج فيروس الإيدز (ART) أكثر صـعوبة من منظور أثرها طويل المدى على النظم الصـحية؛ لذلك المنطق الذي يفضـل رد فعل استثنائي للتوسع في برنامج علاج فيروس الإيدز مرتبط بنجاح سيناريو "مرحلة انتقال الإيدز".

كيـف يتحقـق على الأرجح سـيناريو "مرحلـة انتقال الإيـدز" فـي إفريقيا جنوب الصـحراء؟ هناك افتراضـات يمكن طرحها من أجل البدء في إجابة هذا السؤال. على سـبيل المثال، بالتـوازي مع العبء المتزايـد أو المتناقص لبرنامـج علاج الفيروس المُسـبِّب للإيدز الذي يقع على كاهل الأنظمة الصـحية، هناك تحوّلات حادة قد تحدث داخل الأنظمة الصحية بين المديرين وصنّاع السياسات المسئولين عن وضع الأولويات وتخصيص الموارد. سوف يكون التحوّل من خدمات المرضى المقيمين بالمستشفيات إلـى خدمات العيادة الخارجية هـو أحد التحولات المحتملة في عـبء الرعاية المقدمة للعدوى بفيروس نقص المناعة البشـري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة(١٧)-(١٨)-(١٩). في إفريقيا جنوب الصـحراء، مثل هذه التحوّلات لم تُسـجَّل بعد؛ لأن مثل هذه البرامج

(17) E. Beck, S. Mandalia, I. Williams, A. Power, R. Newson et al., for the NPMS Steering Group, Decreased morbidity and use of hospital services in English HIV infected individuals with increased uptake of anti-retroviral therapy 1996-1997, AIDS (1999) 13, p. 2157-2164.

(18) M. Stoll, C. Class, E. Scuttle, J. Von der Scullenburg and R. Schmidt, "Direct costs for the treatment of HIV-infection in a German cohort after introduction of HAART", European Journal of Medical Research (2002), 7, p. 463-471.

(19) I. Dourado, M. Amélia, D. Barriera and A. Maria, "AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil", Rev Saďe Pblica (2006) Suppl, p. 9-17.

العلاجيــة ما زالت وليدة تماما، رغم أن ذلك هو الهدف المأمول. وميزان هذا القسـم هو مراجعة شـواهد تباينات التجارب المختلفة في إفريقيا جنوب الصـحراء التي تزود افتراضات ركائز سيناريو مرحلة انتقال الإيدز بالمعلومات.

شاهدت البلدان الغنية انخفاضا دائما في معدل الوفيات منذ ظهور علاجات الفيروس المسبب لمرض الايدز (ART). الجدل حول جدوى إدخال برامج هذا العلاج في مواقع محدودة الموارد(٢٠)-(٢١) أبطل سـؤال الطريقة الأحسن لتقديم علاج فيروس الإيدز من أجل تحقيق نجاحات إكلينيكية متماثلة(٢٢)-(٢٣)-(٢٤)-(٢٥).

التحديـان الأساسـيان لتحقيـق خفض في معـدلات الوفاة ببلـدان إفريقيا جنوب الصــحراء هما حصــول الناس علــى العلاج مبكرا واسـتمرار انتظامهـم في العلاج، وهمـا التحديان اللذان لا يحققان حاليا تقدما مؤكـدا. أظهر التقييم المبكر لبرامج علاج فيروس الايدز في إفريقيا أن فاعلية هذه البرامج قد اُختزِلت بتقدم المرضــى للحصول

(20) A. Creese, K. Floyd, A. Alban and L. Guiness, "Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence", The Lancet (2002) 359, p. 1635-1642.

(21) E. Marseille, P. Hofmann and J. Kahn, HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa", The Lancet (2002) 359, p. 1851-1856.

(22) D. Coetzee, K. Hildebrand, A. Boulle, G. Maartens, F. Louis, V. Labatala, H. Reuter, N. Ntwana and E. Goemaere, "Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha", AIDS (2004) 6, p. 887-895.

(23) P. Farmer, F. Leandre, J. Mukherjee, M. Claude, P. Nevil, M. Smith-Fawzi, S. Koenig, A. Castro, M. Becerra, J. Sachs, A. Attaran and J. Kim, "Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings", The Lancet (2001) 358, p. 404-409.

(24) C. Akileswaran, M. Jurie, T. Flanigan and K. Mayer, "Lessons learned from use of highly active antiretroviral therapy in Africa", Clinical Infectious Diseases (2005) 41, p. 376-385.

(25) L. Ferradini, A. Jeannin, L. Pinoges, J. Izopet, D. Odhiambo, L. Mankhambo, G. Karungi, E. Szumilin, S. Balandine and G. Fedida, "Scaling up of highly active antiretroviral therapy in arural district of Malawi: an effectiveness assessment", The Lancet (2006) 367, p. 13335-13338.

على العلاج متأخرين[٢٦]-[٢٧]-[٢٨]. ومع ذلك، لا يتوقف قرار متى وأين تتقدم للعلاج علـى القدرة على تحمل تكلفة العلاج، ولكن يتوقف أيضا علـى مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

تعرض الجدل الدائر حول الانتظام في تناول علاج فيروس الإيدز في إفريقيا للبتر بتحليل إحصـائي لنتائج دراسـات أخرى مستقلة متعلقة بالموضـوع (meta-analysis) تُظهر أن مستوى الالتزام في إفريقيا جنوب الصحراء أكبر منه في أمريكا الشمالية.[٢٩] جـاءت هـذه النتيجة موضـع الترحيب في سـياق النجـاح المختلط للانتظـام في نظم علاجية؛ لأمراض أخرى شـائعة في إفريقيا جنوب الصـحراء مثل الملاريا والدرن، وعوائق البنية التحتية الصحية، التي يخشى البعض من أنها تساهم في "الفوضى الناتجة عن علاج فيروس الإيدز"[٣٠]-[٣١]. ومع ذلك اهتمت العديد من البرامج الأولى لعلاج فيروس الإيدز -التي كانت موضـوعا لدراسـات الانتظام فـي العلاج بإفريقيا جنوب الصـحراء- بفئات سـكانية وبمجموعة من الظروف، التي لن تكون بالضـرورة هي العُرف العام عندما يتوسع العلاج. وعلى وجه الخصوص، غالبا ما نُفِذت هذه البرامج

(26) S. Lawn, L. Myer, C. Orrell, L. Bekker and R. Wood, "Early mortality among adults accessing a community-based antiretroviral service in South Africa: implications for programme design", AIDS (2005) 19, p. 2141-2148.

(27) P. Weidle, S. Malamba, R. Mwebaze, C. Sozi, G. Rukundo, R. Downing, D. Hanson, D. Ochola, P. Mugyenyi, J. Mermin, B. Samb and E. Lackritz, "Assessment of a pilot antiretroviral drug therapy programme in Uganda: patients' response, survival, and drug resistance",The Lancet (2002) 360, p. 34-40.

(28) M. Bachmann, "Effectiveness and cost effectiveness of early and late prevention of HIV/AIDS progression with antiretrovirals or antibiotics in Southern African adults", AIDS Care (2006) 2, p. 109-120.

(29) E. Mills, J. Nachega, I. Buchan, J. Orbinski, A. Attaran, S. Singh, B. Rachlis, P. Wu, C. Cooper, L. Thabane, K. Wilson, G. Guyatt and D. Bangsberg, "Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America", Journal of the American Medical Association (2006) 6, p. 679-690.

(30) A. Harries, D. Nyangulu, N. Hargreaves, O. Kaluwa and F. Salaniponi, "Preventing antiretro-viral anarchy in sub-Saharan Africa", The Lancet (2001) 358, p. 410-414

(31) W. Stevens, S. Kaye and T. Gorrah, "Antiretroviral therapy in Africa", British Medical Journal (2004) 328, p. 280-282.

في سياق سـكان الحضر بتدابير فوق العادة لضمان الانتظام في العلاج، مثل مشورة الانتظام الشامل في العلاج.

تحتل مسـائل مثل عوائق الوصـول إلى عـلاج فيروس الإيدز واحتمالات كسـر انتظام هؤلاء غير القادرين على الوصـول بسهولة للعلاج، قلب الاهتمام بقضية البدء المتأخر في العلاج وضـعف الانتظام فيه. في إفريقيا جنوب الصحراء، أكثر العوائق التي يتردد ذكرها عبر مجموعة متنوعة من السـياقات هي وصمة المرض وتكلفته[٣٢]-[٣٣]-[٣٤]. وتلعـب أيضـا الصـورة العامة لدى الجمهـور والأفراد عن منشـآت الخدمة الصـحية وجودة الرعاية التي تقدمها دورا في انتظام تناول المرضى للعلاج. وتوجد فرضية عامة أن برنامج علاج فيروس الإيدز سوف يساعد على اختراق هذه العوائق، مهما كانت الشواهد التي تنشـأ عن بطء وانخفاض نجاح برنامج علاج فيروس الإيدز (ART) في أماكن العمل بإفريقيا جنوب الصـحراء هو الأمر الذي يشجع على مزيد من التفكير في العوامل التي تؤدي إلى النجاح[٣٥].

أكثر من ذلك، حين يصـبح الصـراع اليومي من أجل البقاء هو القضية يعلو صوت برنامـج علاج فيروس الإيدز ضـد عديد من التحديات العميقة الأخرى. ربما يتضـح ذلك بشكل صارخ في جنوب إفريقيا؛ حيث نرى المتعايشين مع فيروس نقص المناعة/ متلازمة نقص المناعة المكتسـبة ينقطعون مرارا عن تناول علاج فيروس الإيدز من

---

(32) G. Mshana, J. Wamoyi, J. Busza, B. Zaba, J. Changalucha, S. Kaluvya and M. Urassa, "Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program", AIDS Patient Care and STDs (2006) 9, p. 649-657.

(33) A. Padarath, C. Searle, Z. Sibiya, E. Williams and M. Ntsike, Understanding barriers and challenges to community participation in HIV and ARV services, 3rd Public Health Conference 2006 'Making health systems work', Midrand, South Africa (2006).

(34) S. Weiser, W. Wolfe, D. Bangsberg, I. Thior, P. Gilbert, J. Makhema, P. Kebaabetswe, D. Dickenson, K. Mompati, M. Essex and R. Marlink, "Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (2003) 3, p. 281-288

(35) G. George, "Workplace ART programmes: why do companies invest in them and are they working?", African Journal of AIDS Research (2006) 2, p. 179-188.

أجل الاحتفاظ بعدد خلاياهم المناعية (CD 4 count) منخفضا؛ حتى يستحقوا المنح المالية الحكوميـة التي تُصـرَف في حالة العجـز .[٣٦]–[٣٧] التحديات المصـاحبة لتكامل علاج فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسبة في نظم صحية هشة، إلى جانب السياق الاقتصادي والسياسي والاجتماعي الأقل استقرارا في إفريقيا جنوب الصـحراء، كل ذلك يدعم الحاجة إلى متابعة يقظة وتقييم يقظ كوسيلة لتحليل وحل هذه التحديات من خلالها[٣٨].

تخفيض معدل الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري هو أمر محوري لسـيناريو "مرحلة انتقال الإيـدز" المذكور أعلاه. أكثر الطرق مباشـرة؛ لأن يؤدي برنامـج علاج فيروس الإيـدز إلى انخفاض حـالات العدوى الجديـدة ومن هنا عدد الناس الذين يحتاجون إلى العلاج في المسـتقبل، هو تقليل معدلات العدوى من خلال تخفيضـ العبء الفيروسـي (viral load). وقد ظهر هذا الأثر بالنسـبة لكل من الانتقال عبر العلاقات الجنسـية والانتقال الرأسـي (من الأم إلى الجنيـن)[٣٩]–[٤٠]. ومع ذلك، يظل الأثر طويل المدى لمثل هذا التأثير على مسـتوى السكان غير واضح ويعود سبب ذلـك إلى عوامل مثـل المكان الذي يبدأ المرضـى فيه علاجهم، ومـدى الخلاف بين

(36) S. Leclerc-Madlala, Juggling AIDS, grants and treatment in South Africa: predicaments of second phase HIV/AIDS, Anthropology Southern Africa Conference: 'Continuity, Change and Transformation: Anthropology in the 21st Century', University of KwaZulu-Natal, Durban (2005).

(37) N. Nattrass, Trading-off income and health: AIDS and the disability grant in South Africa, Centre for Social Science Research (CSSR), Cape Town (2004).

(38) M. Egger, A. Boulle, M. Schechter and P. Miotti, "Antiretroviral therapy in resource-poor settings: scaling up inequalities?", International Journal of Epidemiology (2005) 3, p. 509-512.

(39) J. Castilla, J. Del Romero, V. Hernando, B. Marincovich, S. Garcia and C. Rodriguez, "Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (2005) 1, p. 96-101.

(40) E. Cooper, M. Charurat, L. Mofenson, I. Hanson, J. Pitt, C. Diaz, K. Hayani, I. Handelsman, V. Smeriglio, R. Hoff and W. Blattner, "Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (2002) 5، p. 484–494.

الشـركاء الذين يرعون تقديم العلاج. خضـعت مثل هذه العوامل للفحص في دراسـة ببلدة صغيرة والمناطق المحيطة بها في جنوب إفريقيا التي اكتشفت أثرا صغيرا لبرنامج عـلاج فيروس الإيـدز (ART) في ظل توجيهات منظمة الصـحة العالميـة على انتقال العدوى عن طريق العلاقات الجنسية(41).

من الممكن لإدخال برنامج علاج فيروس الإيدز أن يتسـبب أيضـا في تأثير سلبي على جهود خفض الإصـابات الجديدة بالفيروس عن طريق صرف الانتباه والموارد بعيـدا عـن الجهود الوقائيـة. وبالعكس، قد يخفضـ توافر العلاج وصـمة العار التي تلحق بالمرضـى وتمنح الأمل في الشـفاء، لذا تشـجيع الذهاب إلى المشورة الطوعية وإجـراء الاختبـارات طوعا؛ يؤديان إلى تحسـين حالـة الوعي بالمرض. الشـواهد الأولى على ثمار المشـورة والاختبارات مشـجعة وهو ما خرجت به دراسـة واسعة جرت في بتسـوانا؛ حيث أظهرت هذه الدراسـة انخفاضـا كبيرا في وصـمة العار التي تلحق بالمرضـى. ورغم الارتباط المتبادل بين عوامل عديدة فقد اصطحب الوصول إلى علاج فيروس الإيدز انخفاض احتمالات التمسـك بواحد على الأقل من الاتجاهات التي تصم بالعار مرضى الإيدز(42).

وحتـى الآن، لـم نفكر فقـط إلا فيما هو التأثيـر المحتمل لبرنامج عـلاج الفيروس المُسـبِّب للإيـدز على الطلب للرعاية، إلا أنه سـوف يؤثر أيضـا علـى عوامل جانب العرضـ بترك أثرعلى قوة العمل الصـحية. وتبرز هذه الملاحظة بشـكل خاص فيما يتعلق بالقوى البشـرية الحالية في إفريقيا جنوب الصـحراء. لذلك نحن مطالبون أيضا بالتفكير جيدا في مسـائل مثل: إلي أي مدى سـوف نضـع أولويات للعاملين الصحيين أو نشـجعهم على البدء في تقديم العلاج، ومن هنا تخفيضـ حالات الغياب أو الإنهاك

(41) B. Auvert, S. Males, A. Puren, D. Taljaard, M. Caraël and B. Williams, "Can highly active antiretroviral therapy reduce the spread of HIV?: A study in a township of South Africa", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (2004) 1, p. 613-621.

(42) W. Wolfe, S. Weiser, K. Leiter, W. Steward, F. Percy-de Korte, N. Phaladze, N. Lacopino and M. Heisler, Impact of universal access to antiretroviral therapy on HIV stigma in Botswana, XVI International AIDS Conference, Toronto (2006).

لأسباب تتعلق بفيروس نقص المناعة البشري. وإلى أي مدى سوف يحسّن برنامج علاج فيروس الإيدز الدوافع وظروف العمل للعاملين في مجال الرعاية الصحية، ومن ثم يشجع عدم هجران نظام الصحة القطاع العام إلى غيره؟

إجابة السؤال الأول صعبة؛ حيث إنه رغم جدية القلق بشأن إنهاك العاملين الصحيين بسبب فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسبة في أكثر البلدان المصابة بشدة، ربما تمنع وصمة العار العاملين في الصحة من تناول علاج فيروس الإيدز. وقد أظهرت الشواهد مساهمة كبيرة للوفيات المتعلقة بالإيدز في إنهاك العاملين الصحيين في بلدان مثل زامبيا ومالاوي وأوغندا(٤٣)-(٤٤). في زامبيا، تقول التقديرات: إن الوفيات تجاوز عددها عدد الاستقالات وأن معدلات الوفيات وحدها قد تكون وحدها مسئولة عن نقص الممرضات بنسبة ٣٧٪(٤٥). ويتزايد الاعتراف أيضا بأن العاملين في الرعاية الصحية يخضعون لنفس الوصمة والتمييز ضدهم، مثل المجتمعات التي يخدمونها، مما يمثل عقبة أمام جهودهم نفسها للوصول إلى الرعاية المطلوبة رغم معرفتهم بفوائدها(٤٦)(٤٧).

لم يتأسس بشكل واضح أثر برنامج علاج فيروس الإيدز على حوافز وظروف

---

(43) Y. Dambisya, "The fate and career destinations of doctors who qualified at Uganda's Makerere Medical School in 1984: retrospective cohort study", British Medical Journal (2004) 7466, p. 600-601.

(44) M. Mukati, A. Gonani, A. Macheso, B. Simwaker, S. Kinoti, and B. Ndyanabangi, Challenges facing the Malawian health workforce in the ara of HIV/AIDS. Commonwealth Regional Health Community Health Secretariat for East, Central and Southern Africa (CRHCS/United States Agency for International Development CUSAID/Support for Analysis and Research in Africa (SARA) (2004).

(45) F. Feeley, "Fight AIDS as well as the brain drain", The Lancet (2006) 368, p. 435-436.

(46) K. Kiragu, T. Ngulube, M. Nyumbu, P. Njobvu, P. Eerens and C. Mwaba, "Sexual risk-taking and HIV testing among health workers in Zambia", AIDS and Behaviour (2006) 1, p. 131-136

(47) J. Zelnick and M. O'Donnell, "The impact of the HIV/AIDS epidemic on hospital nurses in KwaZulu-Natal, South Africa: nurses' perspectives and implications for health policy", Journal of Public Health Policy (2005) 2, p. 163-185.

عمل العاملين بالرعاية الصــحية. طبقا لمقالة صحفية نُشرت في جنوب إفريقيا قبل بدء تنفيذ البرنامج فورا في جنوب إفريقيا: "... سوف ترتفع معنويات العاملين الصحيين؛ حيث إنهم لن يصـبحوا عاجزين عند مواجهة مرضــى الإيدز البائسين"(٤٨). وحيث إن مكان الممرضــات على وجه أخص هو الصــفوف الأولى لتقديم العلاج المخفّف لآلام المرضـــى بفيروس نقص المناعة البشري، فقد تم اكتشاف معدلات عالية من الاكتئاب والإرهاق، كعوامل مساهمة في هجران هؤلاء العاملين الصحيين أعمالهم إلى وظائف أقل إجهادا وضــغوطا/أو اكثر تعويضــا مــن الناحية المالية في القطــاع الخاص وفي الخـــارج. من المتوقع لبرامج عــلاج فيروس الإيدز أن تغير هذا الاتجاه. ومع ذلك، تفترض المؤشــرات الحالية أن هذا التغيير الحاد فـــي الاتجاهات لم يتحقق بعد. بل إن النظــرة إلى برامج علاج فيروس الإيدز مازالت بعد إضــافة أخرى إلى العبء الثقيل الملقى من الأصــل على عاتق العاملين بالرعاية الصــحية(٤٩). قضية كيف تؤثر برامج عــلاج فيروس الإيــدز على معنويــات العاملين الصــحيين، ما زالــت تتطلب جهودا وانتباها مستمرا.

الدروس المستفادة من التوسع في علاج فيروس الإيدز لدعم النظام الصحي

هذا التحليل يتعلق بتوقع الآثار المحتملة للتوسع في علاج فيروس الإيدز على النظم الصــحية في إفريقيا جنوب الصــحراء من أجل تسليط الضــوء على استراتيجيات تقليل التأثيرات السلبية. درسنا في الأقسام السابقة كيف أن التوسع الجماعي في تقديم خدمات علاج فيروس الإيدز، خصوصا من خلال البرامج الرأسية، قد تعرض للخطر أنظمة صــحية هي – للآن – هشّــة. كذلك استكشــفنا الأدلة الأخيرة التي خرجت من المنطقة

(48) K. Cullinan, "Antiretroviral roll-out could be just the tonic - or a bitter pill", Sunday Times, 28 September 2003.

(49) M. Chopra, C. Kendall, Z. Hill, N. Schaay, L. Nkonki and T. Doherty, 'Nothing new': responses to the introduction of antiretroviral drugs in South Africa, AIDS 20, 1975-1977(2006).

فيمـا يتعلق بتجاربها حتى اليوم. من هذا المنبر نحن في موقع نسـلط فيه الضـوء على مجموعة من دروس جهود التوسـع في علاج فيروس الإيدز يأخذ في حسـبانه فرص تقليل الخسائر التي تصيب النظام الصحي إلى الحد الأدنى خلال هذه العملية.

من الممكن رؤية زخم وموارد التوسع في هذا العلاج، عند وضعهم في إطار ضوء مثمر أكثر، بوصفهم وسـيلة لدعم الأنظمة الصحية إذا ما اعترفنا بأن هذا الهدف يحتل الأولوية. يبدأ هذا القسـم بمناقشـة الدور المحتمل للتضامن كمبدأ مرشد في هذا الجهد، يتلوها سرد لدروس ملموسة من عملية التوسع(٥٠).

على المسـتوى الفلسفي، أحد الطرق لترقية تدعيم النظام الصحي أثناء فترة التوسع السريع في نشر هذا العلاج، هو احتضان مبدأ التضامن كمبدأ مرشد. ورغم أن لفكرة التضـامن تاريخًا متنوعًا، ميّز هارمون ثلاثة افتراضـات متصـلة ببعضـها البعض، تعكس روح هذه القيمة عبر تعريفات متنوعة، وتمتلـك علاقة باعتباراتنا حول عملية التوسع في نشر علاج فيروس الإيدز (ART scale-up).

أولا: لاحـظ هارمـون أن التضـامن يعترف بـأن الأفراد هم جـزء لا يتجزأ من سياقات اجتماعية، في حالة اتصـال متبادل بين أفراد وجماعات ومجتمعات آخرين. ثانيا: من المفهوم أن أسـس التضامن تتصـل في حميمية مع الغاية النهائية لبناء مجتمع عـادل ونزيه، من خلال التصـرفات الفردية والجماعية. ثالثا: يشـرح هارمون أن التضـامن يتطلب تحركا مشـتركا للإمسـاك بمُركَّب العلاقـات الاجتماعية المطلوب؛ لتحقيق مسـتويات من الخير والعدالة. ولتحقيق هذه الغاية، يشـدد التضامن على دور الواجبات النابعة من وإلى الأفراد والمجتمعات المحلية والأشكال الجماعية الأعرض.

هذا الإطار يدعم مقاربة لنشر علاج الإيدز (ART) تتفهم أن مثل هذه الجهود متداخلة في سـياق استجابة أوسـع على عدوى فيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص

(50) S. Harmon, "Solidarity: a (new) ethic for global health policy", Health Care Analysis (2006) 14, p. 215-236.

المناعة المكتسبة في شـراكة عبر الحدود الجغرافية والنظامية والبرنامجية. تأخذ مثل هذه الاستجابة في كامل اعتبارها الإلحاح المطلوب به التوسع في علاج فيروس الإيدز (ART)، ولكنها لا تفقد إبصار الطبيعة الشاملة بالضرورة؛ لاستجابة عدوى الفيروس / الإيدز، التي لا تتضـمن فقط الرعاية للمتعايشـين ودعمهم ولكنها تتضمن أيضا الحاجة الملحة للتركيز على الوقاية.

تدرك مثل هذه الاستجابة ليس فقط المطالب الفورية للجائحة الواسعة (pandemic)، ولكنها تدرك أيضا الحاجة إلى إعطاء أولويات لعناصر الاستجابة طويلة المدى متضمنة تكنولوجيات الوقاية الجديدة، مثـل التطعيم والمواد التي تقتل الجراثيم. تفهم مثل هذه الاستجابة رد فعل الطب الحيوي بالعلاج بوصفه ضرورة وليس بوصفه كافيا لمكافحة أزمة صـحية بمثل هذه القوة الدافعة الاجتماعية والسياسـية والاقتصـادية. ومثل هذه الاستجابة تدعو للتفكير في الواجبات التي نحتفظ بها لأنفسنا ولكل الآخرين بمختلف التوجهـات التعليمية والأيديولوجيـة والجغرافية. بمعايير التوسـع في علاج فيروس الإيدز (ART)، هذا الإطار يشير إلى مجموعة من الدروس العملية (انظر مربع ١).

مربع ١. دروس الحفاظ على وتعزيز الأنظمة الصّحية في سياق التوسع في علاج فيروس الإيدز (ART) بإفريقيا جنوب الصحراء
(١) بناء آليات لمؤشرات داخل خطط علاج فيروس الإيدز (ART) لمتابعة ومراقبة التأثيرات على النظام الصحي.
(٢) السعي لتحقيق توازن وتكامل - بشكل مثالي- بين جهود العلاج والوقاية.
(٣) ضمان الالتزام بمبدأ الـ GIPA حتى يكون التخطيط منفتحا وعمليا.
(٤) التركيز على مدخلات المجتمع والمقاربة القائمة على الحقوق لترشيد الموارد الشحيحة.
(٥) احتضان السبل الخلاقّة لمعالجة قصور الموارد البشرية بما فيها رعاية مقدمي الرعاية.
(٦) تأسيس بحث مقارن شامل ومستمر لقياس وتقييم نشر نظام العلاج.

أولا: من المفترض أن نظام علاج فيروس الإيدز (ART) يأخذ في حسبانه مستهدفات النظام الصحي. ويمكن تحقيق ذلك من خلال الإدراج القصدي للأنشطة في خطط برنامج رأسي مُصمَّم لمواجهة المضار المحتملة للنظم الصحية الأعرض. المقاربة الاستباقية الأخرى سوف ترى كل برامج فيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة والمبادرات العالمية قابلة للمحاسبة ليس فقط على تقليل المضار التي تلحق بالنظام الصحي إلى الحد الأدني، ولكن أيضا على تعزيزها النظام الصحي من خلال إدراج مؤشرات النظام في أطر أعمال التقييم والمتابعة[٥١]-[٥٢]. وبالمثل، يجب توقُّع أن المبادرات الجديدة سوف تجري تقييما لتأثيرات النظم عند البداية من أجل تحديد المضار المحتملة قبل أن تبدأ. على سبيل المثال، قد تعزز البرامج الرأسية عناصر البنية التحتية للخدمات الصحية العامة والمطلوبة لتقديم الخدمة الرأسية بشكل ناجح، مثل تدعيم الخدمات المعملية وسلسلة توريد الدواء[٥٣].

ثانيا: مقاربة النموذج الطبي الموروثة في عملية تقديم خدمات علاج فيروس الإيدز (ART) يجب ألا تُخفي الانتباه إلى القوى الاقتصادية والسياسية والاجتماعية التي تهيمن على حسن قدرة الناس الوصول إلى العلاج وتحمله والاستمرار عليه. أكثر من ذلك، تتطلب مرحلة انتقال ناجحة للإيدز إلى استثمار متزامن في وضع برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (HIV) على المستوى الفرد والمجتمعي والبنيوي من أجل الدفع باستجابة شاملة على عدوى الفيروس. لا يمكن التشديد على هذه النقطة بأكثر من ذلك؛ حيث أظهر النموذج الطبي صورا لمستويات عالية غير مستدامة من العلاج مطلوبة في حالة إذا ما دمر التركيز المفرط والضيق على العلاج البرامج

(51) R. Atun, F. Lennox-chhugani, F. Drobniewski, Y. Samyshkin and R. Coker, "A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems: tuberculosis control as an illustrative example", European Journal of Public Health (2004) 14, 267-273.

(52) Global Health Watch, supra note 15

(53) P. Travis, S. Bennet, A. Haines, T. Pang, Z. Bhutta, A. Hyder, N. Pielemeier, A. Mills and T. Evans, "Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals", The Lancet (2004) 364, p. 900-906

الوقائية[54]. صــور التآزر بين العــلاج والوقاية متعددة. وعلى ســبيل المثال، عندما يتصــل العلاج بخدمات الوقاية ضــد انتقال العدوى من الأم لطفلها من خلال خدمات رعاية الأم الصــحية، تتزايد احتمالات تحســن قدرة الأم على الوصــول إلى العلاج؛ حيث تنخفض مشــاعر الوصمة الاجتماعية بين النســاء، وتتعزز خدمات رعاية صحة الأم عموما[55].

ثالثا: توجهات الإدارة من أعلى إلى أسفل التي هي نمط الإدارة في البرامج الرأسية تعطينــا دروســا نتعلمها من مقاربــات بديلة لجهــود مكافحــة الفيروس/الإيدز. مبدأ انخــراط أكبر للمتعايشــين مع الإيدز في الحياة والعــلاج (GIPA) هو مكوّن جوهري من الاســتجابات القائمة على حقوق الإنســان والفعّالة ويجب أن يظل محور برامج العلاج. من الممكن أن ينتج عن انخراط المصابين والمتأثرين بفيروس نقص المناعة فــي جميع مراحل التخطيط نتائج لا تكون مجرد فعالية أكثر للعلاج ولكن طريقة تقديم العلاج سوف تكون أكثر إنصافا.

رابعا: مطلوب جهود إضافية لمواجهة أو لإدارة تيارات الترشيد التي تؤثر سلبا على أهداف الإنصــاف. في حالات عديدة، يصبح تيار الترشــيد طائشا، وينبع من السعي الحثيث لنشر العلاج سريعا. قصديا يتم استهداف الناس الأسهل وصولا إلى الخدمات، مثــل أولئك الناس أصــحاب الدخول الأعلــى/أو الذين يقطنون المناطق الحضــرية. والنتيجة هي توســيع التفاوت القائم في الرعاية الصــحية[56]-[57]. بكلمات أخرى، ربما يحتاج العلاج إلى ترشيد قصدي بسبب الموارد المحدودة. هناك عدة إجابات قليلة فيما

(54) nder, «Integrating HIV prevention and J. Salomon, D. Hogan, J. Stover, K. Stanecki, W. Walker, P. Ghys and B. Schwartl treatment: from slogans to impact», PLoS Medicine (2005),e16.

(55) R. Loewenson and D. McCoy, "Access to antiretroviral treatment in Africa", British MedicalJournal (2004) 328, p. 241-242.

(56) M. Egger et al., supra note 38.

(57) R. Stewart, A. Padarath and C. Milford, "Emerging threats to equitable implementation of ART in South Africa", Acta Academica Supplementum (2006) 1, p. 286-308.

يتعلق بالترشـيد ما عدا ضـم المجتمعات المحلية في المسـاعدة على تحديد كيفية توزيع الموارد الشحيحة بالتماشي مع مبادئ المقاربات القائمة على أسس حقوق الإنسان[٥٨].

خامسـا: برامج علاج فيروس الإيـدز (ART) من الممكن اسـتخدامها للحفاظ على تعزيـز وقدرات النظام الصـحي من خلال جهود تدعم العاملين الصـحيين للحصـول علـى خدمات رعاية وعـلاج فيروس نقص المناعة البشـري / متلازمة نقص المناعة المكتسـبة لأنفسـهم كلما تتطلب الأمر. يسـتطيع تخفيض اسـتنزاف العاملين الصحيين بسـبب الفيروس / الإيدز ضبط أثر معدل خلو الوظائف التي تمثل عرضا لأزمة القوى البشـرية في إفريقيا جنوب الصـحراء. لسـوء الحظ، تسـاهم برامج عـلاج فيروس الإيدز أيضـا في هذه الأزمة عن طريق الاعتماد على كوادر العاملين الصـحيين الذين لا يتوافرون أصـلا. لذلك، مطلوب بذل جهود لاستكشـاف طرق خلّاقة في استخدام أطقم مختلفة من العاملين الصـحيين لتقديم خدمات رعاية علاج فيروس الإيدز (ART) بشـكل فعّال[٥٩]. تشـكيل الفريق الإكلينيكي المسـئول عن تقديم خدمات علاج فيروس الإيدز (ART) هو واحد من العناصـر المهمة التي تتصـف بها النماذج المختلفة للرعاية التي تخضـع للتقييم حاليا[٦٠]. وأخيرا، النموذج الملائـم للرعاية، بالتوازي مع الدعم المالي المسـتدام للنموذج المُختار، سوف يحدد النجاح طويل المدى للبرامج العلاجية والأثر الذي سوف تتركه على النظام الصحي.

---

(58) M. Roseman and S. Gruskin, HIV/AIDS & human rights in a nutshell, Harvard School of Public Health and International Council of AIDS Service Organisations (ICASO), Toronto (2004).

(59) S. Gimbel-Sherr, M. Micek, K. Gimbel-Sherr, T. Koepsell, J. Hughes, K. Thomas, J. Pfeiffer and S. Gloyd, "Using nurses to identify HAART eligible patients in the Republic of Mozambique: results of a time series analysis", Human Resources for Health (2007) 5, p. 7.

(60) D. Pienaar, L. Myer, S. Cleary, D. Coetzee, D. Michaels, K. Cloete, H. Schneider and A. Boulle, Models of Care for Antiretroviral Service Delivery, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town (2006).

وفي النهاية، البحث متعدد المواقع ومتعدد المستويات الذي يستخدم المؤشرات الشائعة عبر برامج علاج فيروس الإيدز (ART) مطلوب لتقديم تحليل دائم لفاعلية وكفاءة وإنصاف جهود نشر علاج فيروس الإيدز (ART)(٦١).

ولنكمل نص لوينسون وماكوي الذي افتتحنا به هذه المقالة:

"لا يمكن بناء النظم الصحية من نتف أعمال خدمات المنظمات غير الحكومية والبرامج الرأسية والعارضة حول قلب من القطاع العام المتداعي". لو رأينا أن جهود توسيع قدرات الأنظمة الصحية في إفريقيا هي أولوية عند توسيع علاج فيروس الإيدز، هناك احتمال أن نسخر تدفق الموارد والمعرفة والطاقات المصاحبة في جهود العلاج بهدف تدعيم هذا القلب المكون من القطاع العام وأن نبني قاعدة لمعالجة قضية فيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة والهموم الصحية الأخرى في السنوات القادمة.

(61) M. Egger, et al., supra note 38

الجزء الخامس
أستراليا وآسيا

الفصل العاشر

صراع القيم المستمر في نظام الرعاية الصحية الأسترالي

ستيفان دوكيت (Stephan Duckett)

مقدمة

نالت ركائز الإنصاف في الرعاية الصحية بأستراليا طوال ربع القرن الأخير قبولا واسعا، لدرجة أن أي تحد سياسي لإطار العمل المؤسسي هذا برهن على أنه لم يعد يصلح كاستراتيجية انتخابية[١]. ومنذ ١٩٨٤، عبّر المستوى العالي من التأييد الشعبي للميديكير (Medicare)، خطة التأمين الصحي الشامل في أستراليا، عن صعوبة قيام أي تحد مكشوف لوضعها كآلية رئيسية تضمن قدرة الوصول إلى المستشفى والرعاية الطبية. ولكن الأمر لم يخلِ من تحديات وتهديدات مستترة وتخريب ماكر للميديكير؛ حيث يستمر السياسيون في شيطنة الرعاية الصحية بأستراليا عبر المنافسة بين قيم الرعاية الشاملة في مواجهة الرعاية المستهدفة أو سياسة التعامل مع الشرائح السكانية كل على حدا[٢].

الهدف الرئيسي للميديكير هو إزالة (أو تقليص) العوائق المالية للوصول إلى الرعاية الصحية بالنسبة لكل السكان في أستراليا، ومن منظور المريض، يوفر الميديكير أمان الوصول إلى الرعاية. أيضا الميديكير هو جزء مهم من خريطة السياسة الصحية في

(1) M. R. L. Wooldridge, Health policy in the Fraser years - 1975-83, MBA thesis, Monash University,Melbourne (1991).

(2) A. Elliot, Is Medicare Universal? Research Note No. 37 2002-03, Canberra, Department of the Parliamentary Library (2003)

أستراليا لأنه يقدم آلية لتمويل مجموعتين أساسيتين من مقدمي الخدمة: المستشفيات والأطباء.

في هذا الفصل سوف أصف أولا وباختصار العناصر الأساسية لإطار العمل المؤسسي للرعاية الصحية في أستراليا، ثم أحدد الخطوط العامة لاختيارات القيم الحاسمة التي هيمنت على الجدل السياسي في أستراليا وأصف خيارات القيمة التي تحددت في كل فترة من الفترات السياسية في تاريخ أستراليا الحديث.

الرعاية الصحية في أستراليا

نظام الحكم في أستراليا هو نظام فيدرالي يتكون من ست ولايات ومقاطعتين، (نسميهم كلهم إجماليا في هذا الفصل "ولايات") وحكومة الكومنولث (المركزية) وللكل أدوار متداخلة كسلطات حاكمة وممولة للرعاية الصحية.

وتضاف طبقة أخرى من التعقيد على هذا النظام؛ نتيجة لوجود قطاع خاص مزدهر في أستراليا، يرتكز على تأمين صحي قطاع خاص (طوعي). يقدم التأمين الصحي الخاص أيضا خدمات الأسنان والخدمات المهنية الصحية والمساعدة الأخرى. ربما تجد معلومات أكثر عن الرعاية الصحية في أستراليا بأماكن أخرى[3].

تطور نظام الرعاية الصحية في أستراليا تأثر بقوة (سلبا وإيجابا معًا) بخبرات العالم الناطق بالإنجليزية. ونتيجة لتاريخ أستراليا كمستعمرة بريطانية، تطورت علاقات قوية بين مهنة الطب في البلاد بنظرائها في المملكة المتحدة، غالبا لتوفير التدريب المتقدم لأعضائها. فعليا، منظمة الأطباء الأستراليين كانت فرعا للجمعية الطبية البريطانية حتى أوائل الستينيات، يتلقى أعضاؤها نسخًا من المنشورات الطبية البريطانية ويمتصون الكراهية "للطب القومي" الذي عم العديد من هذه المصادر. يتطلع الأطباء اليوم غالبا إلى الولايات المتحدة من أجل التدريب واكتساب الخبرة،

(3) S.J. Duckett, The Australian Health Care System. (3rd ed.) (Melbourne: Oxford University Press, 2007).

رغم أن قلة منهم هي التي ترغب في محاكاة أي من الأوجه التنظيمية للنظام الصحي الأمريكي. درس اثنان من علماء اقتصاديات الصحة (جون ديبل وديك سكوتون) ترتيبات التأمين الصحي الشامل في أستراليا وأصبحا وسيطين ناقلين لتلك المعرفة داخل مخطط التأمين الصحي[٤]. ترتيبات التأمين الصحي في أستراليا هي ترتيبات متميزة ومنفردة؛ فعليا يصدق وصف ريتشاردسون للتأمين الصحي الخاص باعتباره منافسا لحيواني البلاتبوس منقار البطة (platypus) والقنفذ (echidna) اللذين تساهم بهما أستراليا في متحف عجائب المخلوقات ولكن المخلوقات الحقيقية[٥].

بمعايير الأداء، يأتي ترتيب أستراليا متقدما بين بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية: فهي تُصنَّف في الرُبع الأعلى بمقاييس توقع البقاء على قيد الحياة والتقرير الذاتي عن الحالة الصحية. إلى حد ما الأداء المتعلق بالوفاة نتيجة لأسباب معينة هو أداء مختلط ولكن ترتيبه فوق الرقم الأوسط عمليا في كل أسباب الوفيات. تنفق أستراليا نسبة ١٠ ٪ أو أقل قليلا من الناتج المحلي الإجمالي على الصحة، تقريبا بالضبط مثل ما هو مُتوقَّع مع الأخذ في الاعتبار الناتج الإجمالي المحلي بالنسبة للفرد. تاريخيا، تطورت المستشفيات كمسئولية تتحملها الدولة وبذلك تنفذ الدولة السياسة العامة لمستشفيات الميديكير في الكومنولث.

دخلت حكومة الكومنولث في اتفاقيات مع كل ولاية؛ حيث تقدم تمويلا لها من أجل خدمات المستشفيات. تتضمن هذه الخدمات:

– تقديم شبكة من خدمات المستشفيات العامة (تقريبا حوالي ثلثا المرضى يُعالجون في مستشفيات عامة)؛

– السماح لكل المُستَحقين (جوهريا هم المواطنون الأستراليون والسكان الدائمون)

(4) R. B. Scotton, and C. R. Macdonald, The making of Medibank, Sydney: School of Health Services Management, University of NSW (1993).

(5) J. R. J. Richardson, 'Social values, efficiency and Medicare' presentation to seminar at Australian Health Policy Institute, 22 May (2003).

بالقدرة على الوصــول إلى خدمات الإقامة بالمستشـفيات "كمرضى عموميين" دون أي تكلفــة عليهم. (تدفــع المستشـفيات للأطباء الذين يعالجون المرضـــى العموميـون وهكذا لا يواجه المريض أي رســوم مقابل هــذه الخدمات. يختار حوالي ٩٠ ٪ من المرضـــى في المستشفيات العامة العلاج كمرضى عموميين). مطلــوب أيضــا من الولايــات تقديم شـبكة مــن خدمــات العيــادات الخارجية المتخصصة مجانا للمرضى.

تنص الاتفاقيات على أن الولايات مسئولة عن الهامش الكامل لتكلفة أي زيادة في ميزانيات المستشفيات طوال فترة الاتفاقية. وعلى العكس، يتراكم لدى الولايات الفائدة الكاملة لأي تخفيض في ميزانيات المستشـفيات طوال هــذه الفترة. تمويل الكومنولث للميديكير يعتمد على معادلة حســابية طوال فترة الاتفاقية مع عدم ارتباط هذه المعادلة بالميزانية الفعلية للمستشـفى، بل يتم تعديلها فقط بنــاء على العوامل الخارجية مثل نمو الســكان والتقدم في الســن. يلعب الكومنولث دورا أكثر مباشرة في الخدمات الطبية، ويــدار التمويل الطبي بواســطة هيئة من هيئات الكومنولث، ميديكير أســتراليا. أطباء مســتقلون هم الذين يقدمون بشــكل رئيســي الرعاية الطبية خارج المستشــفيات، ويتم السداد على أساس رسم مقابل الخدمة (fee-for-service) وهكذا يتم تنظيم بنية الميديكير، لتقديم دعم مالى لذلك النمط من تنظيم الخدمة.

يقــدم الميديكير حســومات علــى تكلفــة الرعاية الطبية بجدول الرســوم المنشــور بنســب مختلفة: ٧٥ ٪ للمريض الخاص في المستشــفيات، ٨٥ ٪ للرعاية المتخصصــة خارج المستشــفيات، ١٠٠ ٪ بالنســبة للممارس العام. ولكن هذه التكلفة المنشــورة لا تقيــد الأطباء، لذلك قد يواجه المرضـــى تكلفة زائدة يدفعونها من جيوبهم الشخصــية. توجد شــبكة أمان يســتطيع بها الميديكيــر أن يغطي ١٠٠ ٪ من أي فجــوة في التكلفة، حيــن يتجاوز الإنفاق العائلي حــدودا معينة. يقوم الكومنولث بتحديث جدول رســوم الخدمة وحدود الفجوة التمويلية على أســاس منتظم. يستطيع الأطباء إرسال فواتيرهم لميديكير أســتراليا من خلال عملية معروفة باسم "الشــحنة" أو الفواتير "المباشرة"،

وفـي هـذه الحـالات يجب أن يقبل الطبيب حسـومات عند تسـوية الحسـاب دون أي مشـاركة من المريض في الدفع (co-payment). وبشـكل بديل، يستطيع الأطباء تقديم الفواتير للمرضى الذين يحصلون بدورهم على خصم من ميديكير أستراليا بنفس النسب المُقررَة في جدول الرسوم الحكومي (وأي فجوات في الدفع).

يأتي تمويـل الميديكير من الضـرائب العامة. ومع ذلك، تفرض قوانين ضـريبة الدخل ضـريبة متميزة تُسمى "ضريبة للميديكير"، هي حاليا ١٥ ٪ من الدخل الخاضع للضـريبة. هناك شرائح للدخل المنخفض (أدناه لا يدفع صاحبه هذه الضريبة) للأفراد والآبـاء الذين يعيشـون وحدهـم والأزواج. من غير المقصـود أن تغطي ضـريبة الميديكير بالكامل تكلفة الإنفاق الصحي للكومنولث (أو فعليا الإنفاق الكلي على الصحة) ولكنها نشأت كإجراء تمويلي لتحصيل إيرادات إضافية للدفع من أجل إدخال الميديكير في ١٩٨٤. هذه الضـريبة ليست ضريبة "رهونات"؛ أي أن حصيلة ضريبة الميديكير لا تُخصَّـص بشكل خاص لمحفظة الصـحة المالية، رغم أن الحاجة إلى زيادة الإنفاق الصـحي تُستخدَم كذريعة سياسية لزيادة الضـريبة. كما أن الضريبة لا تمثل شكلا من أشـكال الضـمان الاجتماعي أو المساهمة الاجتماعية؛ وهكذا ببسـاطة تصبح الضريبة ضريبة أخرى تصب في الوعاء المالي الذي ينبع منه إنفاق الكومنولث.

وحتى الجزء الأول من هذا العقد، أصـبحت الفواتير المباشـرة هي الآلية الرئيسية لضـمان إزالة الموانع المالية للوصـول إلى الرعاية الطبية. أخذت الفواتير المباشرة لمناظرة الممارس العام لمرضـاه تزداد سنويا منذ إنشاء الميديكير حتى ١٩٩٦، حين بلغت ذروتها بمتوسط معدل حوالي ٨٠ ٪ من كل خدمات الممارس العام عبر أستراليا كلها (انظر الشـكل ١). الانخفاض اللاحق في الفواتير المباشرة (والزيادة الناتجة عن ذلك في تكلفة الإنفاق من الجيب على الاستشـارات الطبية) كانت محل نزاع سياسي، انعكس في شـكل رد فعل حكومي بسياسـات عملت على إيقاف هذا الانخفاض. مثلت طبيعـة رد الفعل الحكومي تحديا لأخلاقيات الشـمولية التي يعمـل الميديكير في ظلها، وسوف نناقشها لاحقا في هذا الفصل.

التأمين الصحي الخاص

قبل إدخال الميديكير في ١٩٨٤، كان التأمين الصحي الخاص طريقة مهمة في حماية معظم المستهلكين من تكاليف المستشفيات، وقد لعب دورا مهما، في التمويل الصحي ومثّل نحو ٢٠ ٪ من كل الإنفاق الصحي. وبعد إدخال الميديكير فورا (١٩٨٤/٨٥)، اندفع نصيب التأمين الصحي من الإنفاق هبوطا إلى ٨ ٪ من الإنفاق الصحي، واستمر في مزيد من الانخفاض منذ ذلك الوقت، مصحوبا جزئيا بزيادة الدعم المالي الحكومي وجزئيا بالمشاركة في خدمات التأمين الصحي الكبرى.

تتغير سياسات أستراليا المتعلقة بالتأمين الصحي الخاص مع تغيير الحكومة. تشدد حكومات العمال على التغطية الشاملة والقدرة على الوصول إلى خدمات القطاع العام، أما حكومات الائتلاف (المحافظون) فهي تضع تركيزا أعظم على دعم القطاع الخاص، خصوصا من خلال التأمين الصحي الخاص. تنعكس نتيجة هذه السياسات في إحصائيات تغطية التأمين الصحي (انظر الشكل ٢. انكسار سلاسل البيانات ناتج عن انقطاع في البيانات المنشورة).

يركز نمطيا تحليل اتجاهات التأمين الصحي على رقم العنوان الرئيسي: الحصة الكلية للسكان الذين يتمتعون بالتأمين الصحي، والسطر الأعلي خلال الفترة المحددة[٦]-[٧]-[٨]-[٩]. نرى انخفاضا بطيئا خلال كامل الفترة، مع وجود نقطتي انحراف: الارتفاع خلال الجزء الأخير من حكومة فريزر (١٩٨١/٨٣)، مصحوبا باختبار أهلية المريض؛

(6) J. Hall, R. De Abreu Lourenco, et al. "Carrots and sticks - the fall and fall of private health insurance in Australia." Health Economics (1999) 8, p. 653-60.

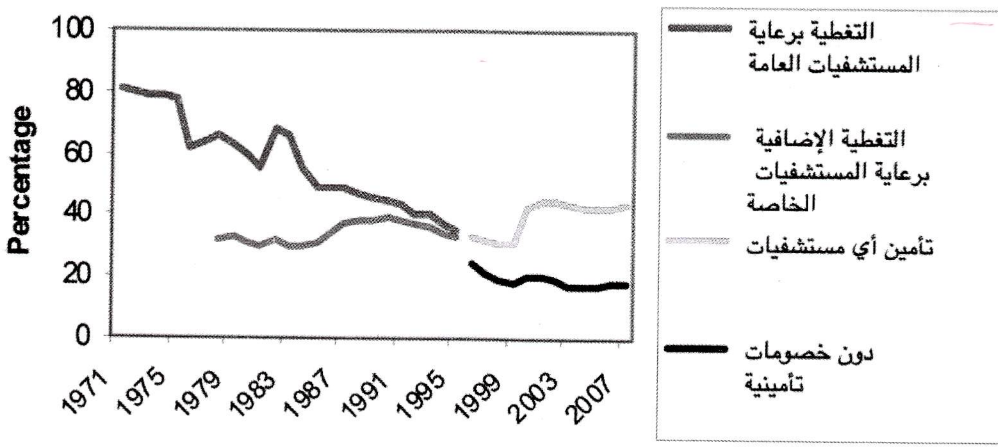
(7) S. Willcox, "Promoting private health insurance in Australia." Health Affairs (2001) 3, p. 152-161.

(8) J. R. G. Butler, "Policy change and private health insurance: Did the cheapest policy do the trick?" Australian Health Review (2002) 6, p. 33-41.

(9) R. E. Moorin, and C. D. J. Holman, "Development of a health care policy characterization model based on use of private health insurance." Australia and New Zealand Health Policy (2005) 2.

لتلقي دعم مالي حكومي (means testing) في المستشـفيات العامة وصـعود هوارد عام ٢٠٠٠ الذي تزامن مع إدخال مبدأ التغطية طول العمر[١٠].

شكل ٢ أستراليا: النسبة المئوية للسكان المشتركين بالتأمين الصحي الخاص ١٩٧١-٢٠٠٧



ولكن سياسـة التأمين الصـحي أكثر تعقيدا من ذلك. كانت منظمات التأمين الصحي الخاص؛ حتى منتصـف التسـعينيات تمنح منتجين اثنين: "مائدة التأمين الرئيسية" التي تغطي تكاليف غرف مشـتركة في المستشفيات العامة والتأمين "التكميلي"، الذي يمنح تغطية لتكاليف عدد صـغير من الغـرف المفردة في المستشـفيات العامة، وعلاجا في المستشـفيات الخاصة. التأمين التكميلي، كما يوحي اسمه، يُؤخذ كملحق إضافي لمائدة التأمين الرئيسـية. اتجاهات المنتجتين مختلفـة تماما. عكس إدخال الميديكير في أوائل الثمانينيات الارتفاع الاسـتثنائي لزيادة استخدام التأمين واستئناف اتجاه هبوط التأمين الأساسي، وهو المنتج الذي يغطي المستشفيات العامة.

(10) Supra note 8

بعدما أصبح الميديكير يقدم سبلاً للوصول إلى رعاية المستشفيات العامة، أصبحت المائدة الأساسية للتأمين الخاص لا تقدم سوى "اختيار الطبيب" المُعالِج داخل مستشفيات القطاع العام، وهو على ما يبدو أمرا تقل قيمته المحسوسة بين الناس. يمنح التأمين الخاص التكميلي شيئا مختلفا: فرصة تجاوز قائمة الانتظار والوصول إلى مستوى إقامة أعلى رفاهية في مستشفيات القطاع الخاص. هذا المنتج ذو قيمة أعلى، وشهد منتصف الثمانينيات تغطية أعلى بمائدة الخدمات التكميلية، ربما جزئيا بسبب الانخفاض المطلق في الاشتراكات الأولية (premiums) بمائدة التأمين الأساسية الذي صاحب بداية برنامج الميديكير. وعلى سبيل المثال، أظهرت البيانات المنشورة في التقرير السنوي لوزارة الصحة أن الاشتراكات الأولية للمائدة الأساسية -دون ضريبة الإسعاف- انخفضت بنسبة ٢٠ ٪ من عام ١٩٨٣ إلى ١٩٨٦، في مواجهة تضخم في غير الأمور الصحية لنفس الفترة بلغ ٢٣٪. انتهز المستهلكون فرصة التغطية الأرخص للتوسع دون الاضطرار إلى زيادة إنفاقهم الكلي على التأمين الصحي.

وكما يظهر من الشكل ٢، انخفضت حصة السكان في أي شكل من أشكال التأمين الصحي حتى أواخر التسعينيات، ولكن بمعدلات متفرقة من الانخفاض في معدلات انتشار التأمين عبر فئات السكان المختلفة، مما أدى إلى تغيير في تركيبة السكان غير المُؤمَّن عليهم. مالت العائلات متوسطة الدخل إلى إسقاط التأمين والتخلي عنه منسوبا إلى العائلات مرتفعة ومنخفضة الدخل، بينما العائلات الأكثر شبابا مالت إلى إسقاط التأمين أكثر من العائلات الأكبر سنا [١١].

أظهر عدد من الدراسات أن التأمين الصحي موزَّع بطريقة غير متساوية بين السكان: المُؤمَّن عليهم هم الأغنى والأحسن تعليما، والأكبر سنا من غير المُؤمَّن

(11) D. Schofield, The distribution and determinants of private health insurance in Australia, 1990, Discussion Paper No. 17, Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling, University of Canberra (1997).

عليهم[١٢]-[١٣]-[١٤]-[١٥]-[١٦]-[١٧]-[١٨]-[١٩]. وبسبب الاستهلاك الأكبر للتأمين الصحي بين الأغنى، تصبح الخصومات/والإعانات المالية للتأمين الصحي غير منصفة بطبيعتها[٢٠].

القيم في الواقع العملي

لا يوجد إجماع في أستراليا على الأدوار النسبية لكل من القطاع العام والقطاع الخاص في الرعاية الصحية ولا يوجد إجماع كذلك على دور الحكومة. بالتأكيد يوجد تأييد قوي ومستمر طوال الربع قرن الأخير للميديكير. إلا أن دور المستشفيات الخاصة ما زال إلى حد ما مثار اختلاف: هل المستشفيات الخاصة بديل مباشر للمستشفيات العامة تقدم خدمات تتكامل مع خدمات المستشفيات العامة أم أنها تقدم خدمات تكميلية توفر رفاهية إضافية فوق ما يقدمه القطاع العام؟ لا يوجد داخل أستراليا أي جدل حول القيم مما يؤدي أو يفيد مثل هذا الإجماع. أحد أسباب غياب هذا الجدل هو أنه

(12) A. C. Cameron, P. K. Trivedi, F. Milne and J. Piggott, "Microeconometric model of the demand for health care and health insurance in Australia", Review of Economic Studies (1988) 55, p. 85–106.

(13) A. C. Cameron and P. K. Trivedi, "The role of income and health risk in the choice of health insurance: Evidence from Australia", Journal of Public Economics (1991) 45, p. 1–28.

(14) S. Willcox, "A healthy risk? Use of private insurance. Background Paper No. 4", Melbourne National Health Strategy (1991).

(15) C. Burrows, K. Brown and A. Gruskin (1993), "Who buys health insurance? A survey of two large organisations", Australian Journal of Social Issues, (1993) 28, p. 106–23.

(16) Australian Bureau of Statistics 1994, Apparent determinants of private health insurance, Canberra: ABS

(17) A. C. Cameron and J. McCallum, "Private health insurance choice in health: The role of long-term utilisation of health services", in Economics and Health: 1995, (Sydney: School of Health Services Management, UNSW, (1996), p. 143–57.

(18) S. Hopkins and M. P. Kidd, 'The determinants of the demand for private health insurance under Medicare', Applied Economics (1996) 28, p. 1623–32.

(19) Supra note 11

(20) J. Smith, 'Tax expenditures and public health financing in Australia', The Economic and Labour Relations Review (2001) 2, p. 239–62.

ليس بالضـــرورة من مصالح الجماعات الرئيسية أن تضـــع بدقة ووضوح أجندة القيم التي تتبناها ومن هنا ربما تخدم مصـــالحها بشـــكل أفضـــل، بواســـطة تشويش الجدل أو بخلق "حجاب من الغموض" باســـتخدام مصطلح جيبســـون وجودين[21]. تسود روح أخلاقيات المساواة في أستراليا ونادرا ما تجذب السياسات العامة النخبوية والاستبعادية تأييدا لها.

الأبعاد الحاســـمة في الجدل حول القيم هي المدى الذي يجب أن تعكس به خدمات تمويل وتقديم الخدمة قيم المســـاواة والتضـــامن الاجتماعي، في معارضة للمدى الذي يجب أن يعكس به التمويل وتقديم الخدمة قيم الســـوق أو القيم الفردية. أكثر من ذلك، هـــذان الخيـــاران يؤثران بطرق مختلفة على قطاعات الرعاية الصـــحية وأقســـامها في أستراليا (المستشفيات، الخدمة الطبية، إلخ).

التمويل

يأخـــذ التضـــامن الاجتماعي فـــي تمويل الرعاية الصـــحية صـــورة ترتيبـــات مالية فيهـــا اعتمـــاد متبادل بين الأطـــراف (mutualisation)؛ حيث كل أو جزء من الســـكان يتشـــاركون في مخاطر تكلفة الرعاية الصـــحية. أحد الطرق التـــي لعب فيها جدل القيم دورا في أســـتراليا هـــو دوره في معايير وعاء الاعتماد المتبـــادل (mutualisation): هل يجب أن ينصـــب اهتمام الدعم المالي الحكومي على وعاء المخاطر المشـــترك بالنســـبة لجميع السكان، أم أن تقسيم السكان إلى فئات ذات تأمين خاص (وهكذا بقدرات مختلفة للوصول إلى الرعاية الصحية) يجعلها تستحق أيضا دعما حكوميا؟

مدى التمويل بالاعتماد المتبادل (أو المشـــاركة في المخاطر عبر الأفراد) هو عامل مُميِّز حاســـم في السياسة الصحية عبر الطيف السياسي كله، وبين القطاعات الأدنى في الرعاية الصـــحية وعبر الزمن. حجة الاعتماد المتبادل في تمويل الرعاية الصحية

(21) D.M. Gibson and Goodin, R. E., The Veil of Vagueness: A Model of Institutional Design, in M. Egeberg and P. Lægreid (eds.) Organizing Political Institutions: Essays in Honour of Johan P. Olsen, (Oslo: Scandinavian University Press, 1999), p. 357-85.

حجة قوية وتستطيع التقدم بعدد من القواعد[٢٢]. تتوزع المتاعب والعلل والأمراض بشكل غير متساوٍ بين الأفراد عبر الزمن، وبين فئات مختلفة الدخل، ويتباين وضعها الوظيفي وبخصائص اجتماعية مختلفة. بالنسبة للأفراد من الممكن أن يكون الإنفاق الصحي كبيرا وعلى دفعات كبيرة وهكذا من فائدة هذا الفرد أن يخفف هذا الإنفاق عبر الزمن من خلال التأمين. وبسبب زيادة الإنفاق الصحي في الفئات العمرية الأكبر، تكلفة الصحة عبر العمر غير موزعة بالتساوي وفي المتوسط، يثقل وزنها في سنوات ما بعد التقاعد. وهناك حجة أيضا تقول إن المجتمع ككل يستفيد من ضمان أن كل الفئات داخل المجتمع يصبح لها قدرة على الوصول إلى حزمة مُتفَق عليها من الخدمات الصحية، رغم أن تعريف هذه الحزمة يتنوع عبر الزمن وباختلاف البلد. تقع معظم الخدمات الطبية وخدمات المستشفيات داخل أي تعريف للخدمات يُعتبَر فيه التمويل المتبادل العام مشروعا. غالبا ما تُستبعد جراحات التجميل مما يُعتبر مناسبا للتمويل العام المتبادل أو المدعوم، وجوانب المستحضرات الدوائية وطب الأسنان والجوانب الأخرى في الرعاية الصحية، لا تخضع لنفس المستوى من الإجماع حول مدى الاعتماد المتبادل في التمويل.

تسود في أستراليا تقاليد قوية تصوّر التأمين الصحي الخاص كآلية للاعتماد المتبادل في التمويل؛ ولذلك استمر التأمين الصحي الخاص في تلقي دعم مالي حكومي؛ لدرجة أكبر أو أقل طوال الستين عاما الماضية. دخل حيز التنفيذ الأسلوب البديل للاعتماد المتبادل في تمويل حكومة أستراليا للرعاية الصحية منذ عام ١٩٨٤ بواسطة الميديكير (وخلال فترة قصيرة في السبعينيات، بواسطة سلف الميديكير، الذي كان اسمه الميديبانك (Medibank).

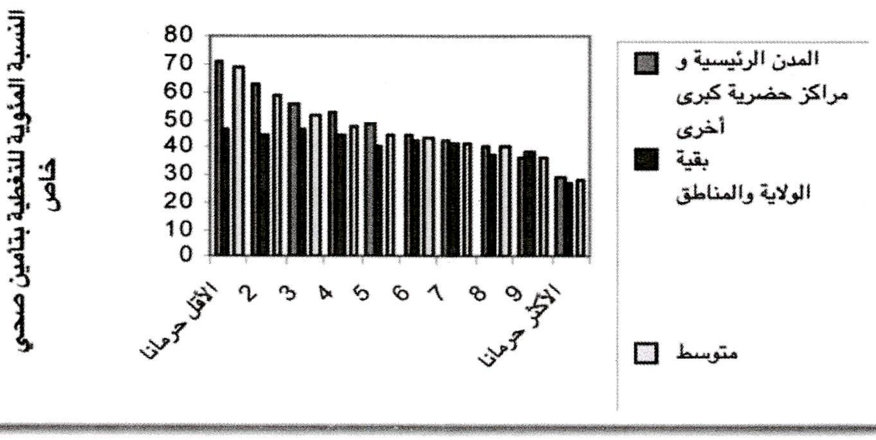
هيمنت اختيارات السياسة والقيم على جدل السياسة الصحية في أستراليا: إلى أي مدى يجب أن يتحقق الاعتماد المتبادل عبر كامل السكان (نمطيا يسري عبر التمويل الحكومي)، وإلى أي مدى يجب أن يصبح الاعتماد المتبادل أمرا يخضع للاختيار

(22) K. J. Arrow, "Uncertainty and the welfare economics of medical care", American Economic Review (1963) 53, p. 941–73.

الفردي من خلال ترتيبات التأمين الصحي القطاع الخاص؛ حيث يختار الأفراد بحرية -أو يلقون التشجيع على- المشاركة في الوعاء المالي للاعتماد المتبادل.

انتهـى الأمر لأجزاء مختلفة من نظام الرعاية الصـحية الأسـترالي بأنماط مختلفة من الاعتمـاد المتبادل وحدثت تحولات حادة في مجـالات الاعتماد المتبادل لعدد من الخدمات الصحية الرئيسية عبر الزمن. يشدد التأمين الصحي الخاص في أستراليا على الاختيار الفردي لكل من الطبيب المُعالِج ومكان العلاج، وينحاز بقوة إلى دعم أساليب تقديم الخدمة المميزة للقطاع الخاص. وعلى النقيض، اُسـتخدِم الاعتماد المتبادل من خلال التمويل الحكومي مباشـرة؛ لدعم تقديم القطـاع الخاص للخدمة إلى جانب تقديم القطاع العام للخدمة أيضا.

شكل ٣ أستراليا: التأمين الصحي طبقا للوضع الاقتصادي الاجتماعي وطبقا لمنطقة السكن (عشرة شرائح)، ٢٠٠١

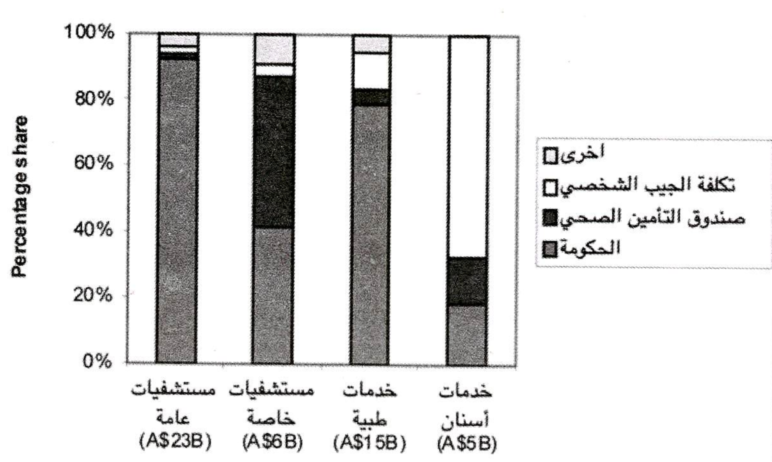


لدى ٤٣ ٪ من سكان أستراليا تأمينا صحيا خاصا ولكن التأمين الصحي الخاص لا يتوزع بشكل متساوٍ بين فئات الدخل ولا بين مكان الإقامة (انظر الشكل ٣). أخذ انتشار التأمين الصحي الخاص ينقص بشكل بطيء وثابت مع انخفاض الوضع الاجتماعي الاقتصادي لمناطق الإقامة، مع زيادة انتشاره في المناطق ذات الدخل المرتفع تقريبا مرتين ونصف أعلى من المناطق الأكثر حرمانا (٦٩ ٪ مقابل ٢٨ ٪). يميل سكان المناطق الحضرية إلى الاشتراك في التأمين الصحي الخاص، أكثر من سكان باقي الولاية، مع تدرج واضح منسوبا إلى الدخل في نوعي المناطق الجغرافية. أستراليا من أكثر البلدان حضرنة (urbanised)، وهكذا تميل المتوسطات الإحصائية إلى عكس صورة الحضر.

التأمين الصحي الخاص في أستراليا، نتيجة طبيعته الطوعية وفروق توزيعه، ليس وسيطا للتضامن الاجتماعي بنفس الطريقة، التي يُمكن الشعور بها في بلدان الثقافة الألمانية الأبوية (بسمارك)؛ حيث تضمن ترتيبات التأمين الصحي الشامل حدوث الاعتماد المتبادل عبر كامل السكان بدلا من حدوثه عبر فئات سكانية مختارة. يتم تسويق التأمين الصحي الخاص في أستراليا بوصفه منتجا يغني المرء عن اللجوء إلى خدمات القطاع العام ويلتف حول قيودها. قليل من مستشفيات القطاع الخاص تقدم خدمات رعاية الطوارئ وهكذا رغم الادعاءات التسويقية ما زال المشتركون في التأمين الصحي الخاص يعتمدون على قدرة الوصول إلى شبكة مستشفيات القطاع العام. يشدد التسويق للتأمين الصحي الخاص على الطبيعة الحصرية لخدماته، وحتى يجمِّل صورته بالقول إنه "بضاعة جيدة"، مع مساهمة هؤلاء المشتركين في التأمين الصحي الخاص في تقليل الطلب على المستشفيات العامة. هذه المزاعم الاحتكارية والاستخدام الانتقائي للخدمات العامة يقلل من التضامن الاجتماعي بدلا من أن توسعه وتزيده.

يختلف دور التأمين الصحي أيضا باختلاف أقسام قطاعات نظام الرعاية الصحية الأسترالي. يظهر الشكل ٤ مصدر التمويل للعناصر الرئيسية في قطاع الرعاية الصحية.

تنال المستشفيات العامة مستويات عالية من التمويل الحكومي (أكثر من ٩٠٪ من أموال هذا المصدر) مع مستويات منخفضة بشدة من الدعم المالي للتأمين الصحي أو الإنفاق المباشر من الجيب -بالنسبة للمستشفيات العامة، مصادر التمويل "الأخرى" هي بشكل رئيسي تأمين صحي يقوم به طرف ثالث، مثل خطط حوادث السيارات أو إصابات وأمراض العمل- وعلى النقيض، يعتمد بشدة إيراد المستشفيات الخاصة على التأمين الصحي الخاص (٤٦٪) والدعم الحكومي (٤٣٪، يحدث ذلك أوليا عبر الإعانات المالية للتأمين الصحي الخاص). تُظهر خدمات الأسنان نسقا ثالثا؛ حيث يوجد مستوى معتدل من الاعتماد المتبادل من خلال التأمين الصحي (١٤ ٪ من الإيرادات من هذا المصدر) ولكن تبقى تكلفة ذات شأن مباشرة من الجيب الشخصي؛ لهؤلاء الذين لا يغطيهم تأمين صحي، وبسبب الاستخدام المكثف للخصومات المدفوعة مسبقا (front end deductibles)، وحتى بالنسبة للمؤمَّن عليهم، حوالي ثلثا تكلفة خدمات الأسنان يتحملها الأفراد مباشرة. ٨٠ ٪ تقريبا من تمويل خدمات الأطباء يأتي مصدرها من الحكومة، تماشيا مع أسلوب خصم الميديكير من تكلفة الرعاية الطبية.



شكل ٤ أستراليا: مصدر تمويل بعض الخدمات الصحية المختارة ٢٠٠٥-٠٦

تقديم الخدمة

تمارس هياكل تقديم الخدمة الصحية نفوذا قويا على تجربة المرضى، إلى جانب أنها غالبا تصوغ شكل ما هو ملائم ومشروع بمعايير الاعتماد المتبادل في التمويل أو الدعم المالي. من الممكن مشاهدة كامل ألوان الطيف من هياكل تقديم الخدمة وأشكال ملكياتها المختلفة في نظام الرعاية الصحية بأستراليا لتشمل:

- ممارسة طبية منفردة لمهنيين أفراد يتصرفون فعليا كمشروع تجاري صغير.
- ممارسة طبية جماعية لعدد من المهنيين.
- شركة تقديم خدمة غير هادفة للربح.
- شركات خاصة لتقديم الخدمة.
- هيئات حكومية لتقديم الخدمة.

تعكس بنية السوق في أجزاء مختلفة من القطاع الصحي توازنات مختلفة من مختلف أنواع هذه الشركات.

٦٠ ٪ تقريبا من كل المستشفيات الخاصة هي شركات هادفة للربح، ويتسع نصيب هذا القطاع من صناعة الطب. خلال الفترة من ١٩٩٦/٩٧ إلى ٢٠٠٣/٠٤، زاد عدد أسرّة المستشفيات الهادفة للربح بحوالي ١٨ ٪ بينما انخفضت أسرّة المستشفيات غير الهادفة للربح بنسبة ٣ ٪ تقريبا. زادت حالات دخول المستشفيات الهادفة للربح أسرع من حالات دخول المستشفيات غير الهادفة للربح (٦٣ ٪ مقابل ٢١ ٪). شهدت التسعينيات إعادة هيكلة صناعة المستشفيات الخاصة، بظهور وزيادة أهمية مجموعات المستشفيات الهادفة للربح في صناعة الطب، ونتيجة لذلك انخفض عدد المستشفيات الهادفة للربح "المستقلة" القائمة بذاتها(٢٣)-(٢٤).

---

(23) Productivity Commission, Private hospitals in Australia, Commission Research Paper, Canberra: Ausinfo (1999).

(24) M. A. O'Loughlin, "Conflicting interests in private hospital care", Australian Health Review (2002) 5, p.106–17.

سلاسـل مجموعات المستشـفيات الهادفة للربح هي غالبا شركات مُسجَّلة في البورصة الأسترالية.

وعلـى النقيضـ، ظلت ممارسـة الطـب التخصصـي منقسـمة إلى شـقين؛ بعض الإخصـائيين يعملـون مبدئيا لطول الوقت في المستشـفيات العامـة -إما كموظفين في مستشفى عام أو موظفين في الجامعة- ولكن الغالبية من الإخصائيين يمارسون المهنة في عيادات خاصـة منفردة أو في مجموعات صـغيرة جدا مع زمـلاء المهنة في نفس التخصص (أو مع صلات عائلية). تقريبا تخصص الباثولوجي (pathology) يهيمن عليه حاليا عدد صغير من الشركات الخاصة الكبيرة. يمر الآن الطب العام عبر فترة انتقالية مـن الاندماجات؛ حيث يتحد الأطباء الذين يعملـون بمفردهم في عيادات جماعية، مع دور متزايد لملكية الشركات وتقديمها للخدمة.

لهياكل تقديم الخدمة تبعات كبيرة على القيم والطريقة التي يعمل بها القطاع الصحي. جماعات المصـالح الطبية، وبشكل رئيسي الجمعية الطبية الأسترالية، تشدد بقوة على الممارسـة الخاصـة الفردية والمـدارة ذاتيا للطـب: تمتلك أخلاقيـات العمل التجاري الصغير لمهنة الطب تأثيرا واسعا فى السياسات، التي تدافع عنها المهنة. نموذج العمل الصغير وتقديم الطبيب المُفرَد للخدمة يدعم ويقوم على أساس نظام قيمي لنشاط الأفراد في السـوق. العلاقة السـوقية هي جوهريا علاقة طبيب فـرد متعاقد مع مريض فرد. يشـعر المهني الفرد نمطيا بمسـئوليته وقابليته للمحاسـبة أمام المريض الفرد في قضايا اسـتمرار ودوام الرعاية، وترتيبات الزيارة من أجـل المناظرة، وهلم جرا. ولكن وبشـكل أكثر أهمية تخلـو ديناميكية العلاقة إلا قليلا جدا من تدخـل الحكومة أو القرناء لصـياغة طبيعتها. دائما تكاد تنظر المهنة إلى "التدخل" في هذه العلاقة بوصـفه خصما من جودة الرعاية. ورغم العمل في هيكل شـركات كبيرة أو مشـروع صغير، يقلل خطاب مهنة الطب نمطيا من أهمية دور الطبيب الفرد كصـاحب عمل تجاري صغير، وتقديمه للخدمة استهدافا للربح، ويشدد بدلا من ذلك على دور الأطباء "كمهنيين".

تصـوغ أخلاقيات السوق شكل ما تعتبره مهنة الطب أنماط تدخل ملائمة من جانب

الحكومة. فأي تدخل تحسّ منه المهنة أنه يضع ضغوطا تنافسية على تلك العلاقة (الوقوف في صف المستهلك)، فالمهنة تراه غير ملائم ويشدد خطابها على إضعاف "العلاقة بين الطبيب ومريضه". ولذلك هناك اختلال موروث في توازن القوة بين المريض وطبيبه فور ما تقوم العلاقة بينهما نتيجة لعدم تماثل معلومات الطرفين -الطبيب والمريض- والذي يشمل تقريبا كل جوانب الرعاية الطبية. ولا يعني هذا القول بأن المهنة الطبية لا ترى كل أنواع التدخل الحكومي تدخلا غير ملائم. فالإعانات المالية التي تدفعها الحكومة للمريض حتى يستطيع دفع تكلفة الإنفاق المباشر من الجيب هي الآن جزء مقبول من مشهد السياسات العامة الصحية. ولكن المدفوعات المباشرة من الحكومة إلي مقدمي الخدمة -مقابل الخدمات التي يستفيد منها المستهلك- ما زالت المهنة تراها أقل ملائمة من الدفع عن طريق المستهلك، بل وحتى عندما يستطيع المستهلكون مطالبة الحكومة بخصومات. ولّدت أزمة التعويضات الطبية في أستراليا في الجزء الأول من هذا العقد نوعا آخر من التدخل الحكومي رآه الأطباء تدخلا غير مشروع: إضعاف قدرة المستهلك على البحث عن تعويضات قانونية للإهمال، وزيادة الإعانات المالية الحكومية لمنظمات التعويضات.

تقدم الشركات الكبيرة الآن بالكامل تقريبا الخدمة الطبية لبعض التخصصات -التحليل الباثولوجي أوليا ولكن أيضا الأشعة التشخيصية- ورغم ذلك، ما زال الدعم الحكومي لهذه التخصصات يعمل في إطار معايير العمل المهني الخاص والفردي ذي نمط تقديم الخدمة برسوم لا يحدها سقف مالي مقابل الخدمة. لا يوجد حاليا على أجندة السياسة نمط بديل للتعاقد، أو طرح مناقصات بين الشركات الطبية الكبيرة من أجل تقديم الخدمة.

تمتلك آليات تقديم الخدمة الصحية تأثيرا عميقا على القيم السائدة في الرعاية الصحية بأستراليا. يصاحب بالضرورة التشديد على الممارسة الطبية الفردية إغفال أخلاقيات "الخدمة المجتمعية" عند تقديم الخدمة، استحقاقات المواطن عند تقديم الخدمة بدلا من آليات السوق كأساس للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية. بالنسبة للممارس

العام، يُجبَر الناس غير القادرين على دفع التكلفة العالية للدفع من الجيب المباشر على تأجيل استخدام الرعاية أو البحث عنها في أقسام استقبال الطوارئ بالمستشفيات العامة. وهكـذا يعانون من انعدام الجودة لنقص اسـتمرارية الرعاية وهي السـمة المُفترَضـة لمستوى الرعاية الصحية الأولية. في حالة الرعاية المتخصصة، هؤلاء غير القادرين على الاشـتراك في سوق التخصص الطبي يجب عليهم الاعتماد على خدمات العيادات الخارجية بالمستشـفيات العامة؛ حتى يحصـلوا على خدمة الإخصـائي. لهذه الخدمات مستوى أقل كثيرا من خدمة الإخصائي في القطاع الخاص، مع طول انتظار المرضى حتـى يتلقوا الخدمة، ومنـاخ غير مُرحِّب (قاعات انتظار مزدحمة، وجدول مواعيد غير ودود وهكذا).

أنماط مزدوجة للممارسة الطبية

وهكذا بنية تقديم الخدمة الطبية تناهض الإنصـاف عنـد تقديمها للخدمة، مع فروقات فـي أوقات الانتظـار واتجاهات مختلفة فـي تقديم خدمة الإخصـائي. يمارس العديد من الإخصـائيين مهنتهم في كل من القطاع الخاص والقطاع العام معًا. ويخلق ذلك احتمال صدام بين المصالح: المدى الذي يستطيعه الطبيب الفرد -أو مهنة الطب بشكل جماعي- السيطرة على أوقات الانتظار في القطاع العام، وقدرتهم أيضا على التحكم في حجم سوق القطاع الخاص لمصـلحتهم. قوائم الانتظار الأطول في القطاع العام تزيد عدد المرضى المسـتعدين للاتجاه نحو القطاع الخاصـ، رغم ما يتكبدونه من تكلفة عالية مباشـرة من الجيب الشخصي عند زيارة عيادة الإخصائي الخاصة بهدف تجنب طول قوائم الانتظار. إضـافة إلى زيادة حجم السـوق، يميل ذلك إلى خلق مكافآت أعلى للإخصائي؛ حيث إن الوقت بالنسبة له في القطاع الخاص أكثر ربحية منه في القطاع العام.

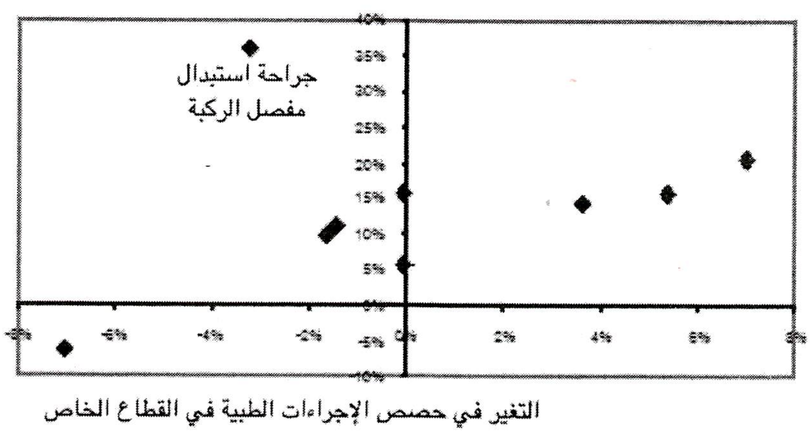
هناك شـواهد عالمية وفي دراسـات مقطعيـة (cross sectional) بأسـتراليا أن تقديم الخدمـة المختلط -عام وخاص- يصـاحبه قوائم انتظار أطول فـي القطاع العام[٢٥].

---

(25) S. J. Duckett, "Private care and public waiting." Australian Health Review (2005) 1, p. 87-93.

ونفس الأمر صحيح عندما ينظر المرء في ديناميكيات السوق بالنسبة للإجراءات الجراحية. يظهر الشكل رقم ٥ بيانات التغير في حصص الإجراءات الجراحية الانتقائية، التي أجريت في القطاع الخاص مقابل التغير في المتوسط الرقمي لوقت الانتظار بالنسبة لهؤلاء الذين ينتظرون نفس الإجراءات الجراحية، خلال الفترة الزمنية ٢٠٠١/٠٢ إلى ٢٠٠٥/٠٦. (البيانات مستخرجة من معهد الصحة والرفاه الاجتماعي في أستراليا، والإجراءات المنتقاة هي كل تلك الإجراءات المنشورة بياناتها ومتاحة لكلا الفترتين).

شكل ٥ أستراليا: تيارات في حصص المريض الخاص وقوائم انتظار المستشفيات العامة، اجراءات مختارة، ٢٠٠١-٢٠٠٦



باستثناء جراحات استبدال مفصل الركبة، هناك تقريبا علاقة مباشرة بشكل تام (linear) بين التغير في حصة القطاع الخاص والتغير في المتوسط الرقمي لوقت الانتظار: في الوقت الذي تنمو فيه حصة القطاع الخاص منسوبا إلى القطاع العام، تنمو أيضا أوقات الانتظار في القطاع العام؛حتى بضم جراحات استبدال مفصل الركبة إلى المعادلة ما زالت هناك علاقة موجبة كبيرة الوزن إحصائيا بين المتغيرين

الاثنيـن– ولكـن كيف تعمل هـذه العلاقة؛ وما هو اتجـاه المُسـبِّب؟ لا تعطينا البيانات أي مؤشـرات هنا. على المدى القصـير (مثلا، تلك الفترة محل المراجعة)، العرض المتوافر من الجراحين الذين يقومون بأي إجراء جراحي هو نسـبيا ثابت، أو بأحسـن ما يكون ينمو خطيا مع نمو السـكان (وهكذا نمو الطلب). بهذا العرض الثابت نسـبيا، التحول إلى تقديم الخدمة القطاع الخاص بشـكل موازٍ بالضـرورة يتسـبب في خفض نفس الخدمات التي يقدمها القطاع العام، مما يؤدي إلى أوقات انتظار أطول. وبالمثل زيـادة أوقـات الانتظار في القطاع العام؛ سـوف تزيد عدد المرضـى الذين يرحبون بالدفع في القطـاع الخاص حتى يتجاوزون عوائق القدرة الاسـتيعابية للقطاع العام. الواضح سواء قصديا أم عن غير عمد، ينتفع الجراحون من تقييد عرض القطاع العام بواسطة تحول المرضى إلى القطاع الخاص الذي يعود منه مكافآت أفضل لمن يعملون فيه من الأطباء.

يكتسـب الحجم النسبي لسـوق القطاع الخاص أهمية حاسـمة من منظور التضامن والعدالـة الاجتماعية. جانـب الجاذبية في التمويل الخاص وتقديـم الخدمة من القطاع الخاص للمستهلك هو أن ذلك يسمح للمريض بتجاوز قيود القطاع العام بمعايير كل من رفاهيـة الإقامة وأوقات الانتظار. ولكن، كما يظهر أعلاه، تترك زيادة حجم القطاع الخاص أثرا ضـارا على القطاع العام بتخفيض إتاحة الموارد الشـحيحة –خصوصـا زمن الجراحة– المخصصة له، ويزيد ذلك بالتالي من أوقات الانتظار بالنسبة لمرضى القطاع العام ويدعم نمو القطاع الخاص.

ولزيادة حجم القطاع الخاص تأثير أكثر غدرا: فكل المواطنين أصـحاب مصـلحة مكتسـبة في سـلامة القطـاع العام إلـى المدى الـذي يعتمد فيـه كل المرضـى عليه. وللحكومات بدورها مصلحة سياسية في القطاع العام بمعايير الجودة والموارد. وهكذا ندمر التضـامن الاجتماعي بدعمنا لدور القطاع الخاص بين قطاع كبير من السـكان، خصوصا النخب السياسية الأعلى صوتا، التي باتت لا تعتمد على القطاع العام للحصول على رعايتها الصحية، ويخفت دور القطاع العام.

يوجد منطق آخر موازٍ يدافع عن التأمين الصحي القطاع الخاص. سوق قوي للتأمين الخاص هو ركيزة ضرورية لتقديم الخدمة الخاصة ومستقبل جوانب التمويل وتقديم الخدمة يتضافران مع بعضهما البعض. وهكذا يضعف انحسار التأمين الصحي الخاص الأهمية السياسية؛ لذلك السوق بشكل مباشر ويضعف بطريقة غير مباشرة سوق المستشفيات الخاصة. وبالمثل، من الصعب بالنسبة للحكومة، مع وجود ٤٣٪ من السكان مساهمين في التأمين الصحي الخاص، إعادة توزيع الأموال بعيدا عن القطاع الخاص لتحسين قدرة القطاع العام على تقديم الخدمة.

صراع القيم كما يبدو في الانتخابات السياسية

لم يتحقق بعد إجماع على القيم السائدة في السياسة الصحية الأسترالية، ولا على البرامج الشاملة مقابل الدعم المُستهدِف لخدمة بعينها أو فئة بعينها ولا على دور القطاع الخاص. نتيجة لذلك ما زال النزاع قائما بين قيم مختلفة طوال الخمسين عاما الماضية ممـا أدى إلي تقلبات حادة في السياسة العامة نحو التأمين الصحي الخاص والرعاية الطبية.

كان حزب العمال الأسترالي عموما هو الوصي والمروِّج لقيم الجماعية والأفكار المجتمعية وكثيرا ما دعم هذا الاتجاه عموما بالتشديد على تمويل القطاع العام. ولكن مقاربة حزب العمال اتسمت بالتشتت نحو أنشطة تقوم على مبادئ السوق ولكن منذ أواخر الستينيات قبل حزب العمال هيكل الممارسة الطبية الخاصة ودور المستشفيات الخاصة. وعلى النقيض، الأحزاب الليبرالية والقومية المحافظة –التي تشكل حكومة الائتلاف القومية– أغفلت فكرة التمويل بالدعم المتبادل أو التمويل الجماعي لكل السكان وشددت على دور التأمين الصحي الخاص الطوعي. وبالمثل، روَّجت هذه الأحزاب لتقديم القطاع الخاص للخدمات الصحية.

أدت هذه الأفكار السياسية المختلفة إلى مواقف مختلفة على مستوى السياسات العامة خلال فترات سياسية مختلفة في تاريخ أستراليا نوجزه في الجدول ١.

جدول 1: اختيارات القيم في السياسة الصحية لأستراليا 1949-2007

قيم الارتكاز	اختيارات السياسة	الفترة السياسية
• الاعتماد الذاتي الفردي • سياسات انتقائية والمتبقي من سياسات أخرى	• دعم التأمين الصحي الخاص في مجالي رعاية المستشفى والرعاية الطبية	1949-1972 الأحزاب الوطنية الليبرالية
• الاعتماد المتبادل/ المشاركة في المخاطر عبر كامل السكان • تشديد قوي على الإنصاف وشمول الرعاية	• إدخال نظام الميديبانك • التأمين الصحي الشامل	1972-1975 "وزارة ويتلام"
• الاعتماد المتبادل من خلال التأمين الصحي الخاص • الإعانات المالية للفئات المستهدفة وتقسيم السكان إلى فئات	• تفكيك نظام الميديبانك • تضييق مساحة المستحقين للوصول إلى الإعانات المالية العامة/ الدعم العام	1975-1983 وزارة فريزر الليبرالية الوطنية
• الاعتماد المتبادل/ المشاركة في المخاطر عبر كامل السكان • تشديد قوي على الإنصاف وشمول الرعاية	• إعادة نظام الميديبانك تحت اسم جديد هو الميديكير	1983-1996 وزارة هوك/كيتنج العمالية
• دعم استراتيجي لتقديم الخدمة عن طريق القطاع الخاص • إعانات مالية للفئات المستهدفة وفئات سكانية	• دعم مالي وسياسي مكثف للتأمين الصحي الخاص وتقديم الخدمة عن طريق القطاع الخاص • استهداف الدعم المالي للخدمات الطبية	1996-2007 وزارة هوارد الليبرالية الوطنية

• استهداف الدعم المالي للخدمات الطبية

١٩٤٩ - ١٩٧٢

هيمن الحـزب الليبرالي والحزب الوطني (خلال هذه الفتـرة كان الحزب الوطني يُسـمّى "حزب البلد") على المشـهد السياسـي مـن عام ١٩٤٩ حتى ١٩٧٢. اتسـمت

السياسة الصحية في هذه الفترة بأنها "ممارسة خاصة مدعومة بالقطاع العام"(٢٦). الدعم الحكومي للقدرة على الوصول إلى رعاية المستشفى كان بناء على اختبار استحقاق المستفيدين لهذا الدعم (means tested)، مع التشديد على الدعم السياسي -ولحدود معينة الدعم المالي- للتأمين الصحي القطاع الخاص(٢٧). شددت السياسة الحكومية طوال تلك الفترة على الاعتماد على الذات مع إعانات مالية متوسطة للتأمين الصحي الخاص كوسيلة لمساعدة الأفراد والعائلات على تدبير تكلفة الرعاية الصحية. تزايد تعقيد ترتيبات التأمين الصحي طوال هذه الفترة وفي أواخر الستينيات، ودفع الاستياء العام من ترتيبات التأمين الصحي الخاص إلى استجابات سياسية في شكل إدخال جدول رسوم خدمة على المستوى القومي (على أساس "الرسوم الأكثر شيوعا") وإلى ترشيد عروض التأمين الصحي الخاص. قام حزب العمال العائد إلى الحكم في أواخر الستينيات بمزيد من الضغوط على الحكومة عندما هجر نموذج سياسات الخدمات الصحية الوطني وصاغ سياسة جديدة للتأمين الصحي الشامل(٢٨)-(٢٩).

١٩٧٢ - ١٩٧٥

شرعت حكومة العمال سريعا بعد انتخابها في ١٩٧٢ إلى التقدم بسياسة التأمين الصحي الشامل للخدمات الطبية، تحت اسم الميديانك (Medibank)، والوصول إلى المستشفيات العامة دون أي مشاركة في الدفع. من الناحية الطبية، مثلت هذه السياسات مبدأ التمويل من خلال الاعتماد المتبادل لكامل السكان، ولكنها فعليا دعمت اتجاه المشروع الاقتصادي الصغير في مجال تقديم الخدمة الصحية.

(26) T. Fox, 'The antipodes. Private practice publicly supported' Lancet (1963) 1, p. 875-9, 933-9, 988-94.

(27) T. H. Kewley, Social security in Australia 1900–72, (Sydney: Sydney University Press, 1973).

(28) E.G. Whitlam, 'The alternative National health programme'. Australian Journal of Social Issues, (1968) 4, p. 33-50.

(29) Supra note 4.

ورغم ذلك، أطلقت هذه السياسات معارضة سياسية مريرة: فقد عارضتها بشراسة مهنة الطب، وصناعة التأمين الصحي الخاص والأحزاب الوطنية والليبرالية. خضعت هذه السياسات لحملات هجوم ممولة بقوة من جمعيات الأطباء وصناعة التأمين الصحي الخاص وكذلك تعرض لنفس الهجوم رجل السياسة بيل هايدن المسئول عن تنفيذها. قُطِع الطريق على هذه السياسات في مجلس الشيوخ -السلطة التشريعية في أستراليا مكونة من مجلسين ومجلس الشيوخ هو الهيئة العليا منها- في جلسة تاريخية مشتركة للمجلسين في أعقاب انتخاب حزب العمال عام ١٩٧٤ (٣٠). عارضت حكومات المحافظين في الولايات لفترة من الوقت الدعم الفيدرالي لرعاية المستشفيات العامة المجانية.

جسّد البرنامج (Medibank) قيم الشمولية: كان هدف السياسة هو إلغاء الحواجز المالية، التي تعوق قدرة كل فرد على الوصول إلى الرعاية الصحية. من المفترض أن ينال كل الأستراليين قدرة متساوية على الوصول إلى الرعاية الصحية عن طريق خصومات على الرسوم الطبية والوصول إلى المستشفيات العامة دون بحث استحقاقهم للإعفاءات أم لا (means tests). توجه النقد حينئذ إلى ركائز قيم الشمول هذه بمنطق أن التغيير بهذا الحجم وهذه الطريقة ليس ضروريا؛ لأن من لا تغطيهم الترتيبات الجارية هم حصة ضئيلة فقط من السكان، ويجب دعمهم من خلال خطط إعانات مالية خاصة. تم تنفيذ برنامج الميديبانك طوال الأربعة عشر شهرا التالية؛ لإقراره في الجلسة المشتركة، باعتباره ترتيبات التأمين الطبي الجديد وانتهت المفاوضات مع الولايات حول تنفيذ الترتيبات الجديدة للمستشفيات العامة. كان لا يزال برنامج الميديبانك جديدا نسبيا عندما حدث تغيير حكومي بعد عشرة أسابيع من تنفيذ ترتيبات المستشفيات العامة في آخر الولايات.

---

(30) S. Bennett, "The 1974 joint sitting of Parliament: thirty years on" Research Note (7) 2004–05, Australian Parliamentary Library. Also at http://www.aph.gov.au/Library/; accessed 27 December 2007).

ورغم الآمال التي أثارتها انتخابات ١٩٧٥ في تدعيم حكومة وطنية ليبرالية لاستمرار "الميديبانك"، شرعت الحكومة الائتلافية في تفكيك العناصر الأساسية للميديبانك على مراحل عبر السنوات الست التالية[٣١]. مثّل انتخاب أحزاب ائتلاف المحافظين عودة إلى الهيمنة السياسية لأنصار حلول تطبيق قواعد السوق واختبار استحقاقات الإعفاءات لقضايا التغطية والقدرة على الوصول إلى الخدمة الصحية. كان ذلك عودة إلى الاعتماد المتبادل في أضيق نطاق عبر التأمين الصحي الخاص الطوعي؛ الذي ساد طوال الخمسينيات والستينيات. تعرضت للتجريح قيم الاعتماد المتبادل الأعرض والقيم المجتمعية التي ميّزت سنوات حكم حزب العمال بوصفها إسرافا ماليا وتمثل "طبا اشتراكيا".

التغييرات الرئيسية التي أُدخلَت في تلك السنوات هي:

- أكتوبر ١٩٧٦: إدخال ضريبة ٥,٢ ٪على الدخل الخاضع للضريبة، ولكن هؤلاء المساهمين في تأمين صحي خاص يستطيعون الانسحاب من هذه الضريبة.

- مايو ١٩٧٨: تخفيض الخصوم المدفوعة طبقا لجدول الرسوم الطبية من ٨٥ ٪ مع أقصى حد للفجوة خمسة دولارات بين الرسم والخصم إلى ٧٥ ٪ للعشر دولارات. انخفض الخصم على كامل الفواتير وتم تقييده بالنسبة للمتقاعدين والمُهمّشين اجتماعيا بخصم مدفوع أقل.

- نوفمبر ١٩٧٨: مزيد من الخفض للخصومات المقدمة للسكان عموما إلى ٤٠ ٪ من كل ٢٠ دولارًا؛ تُدفَع من الصندوق المالي للتأمين الصحي سواء كان عضوا أم لا).

(31) S. J. Duckett, "Structural interests and Australian health policy", Soc Sci Med, (1984) 11, p. 959-66.

- مايو ١٩٧٩: عموم السكان: خصم فقط لهذا الجزء من جدول الرسوم الذي يزيد على ٢٠ دولارًا.

- سبتمبر ١٩٨١: الخصومات مقيدة لهؤلاء المُؤمَّن عليهم فقط، تُدفع بنسبة ٣٠ ٪ من جدول الرسوم. إلغاء الرعاية المجانية في المستشفيات العامة وأُستبدِلت بإدخال ببحث صارم فعلا لاستحقاق الإعفاءات للسماح بالوصول إلى الرعاية المجانية للمستشفيات العامة.

كان الهجوم على التضامن الاجتماعي من نوعين: الأول: التغييرات التي فككت مبادئ الشمول التي جسدها برنامج الميديبانك؛ بإعادة إدخال اختبارات استحقاق الإعفاء أولا من أجل الوصول إلى الخدمات الطبية (تغييرات إجمالي الفواتير مايو ١٩٨٧) ولاحقا من أجل القدرة على الوصول إلى رعاية المستشفى (سبتمبر ١٩٨١). ثانيا: صُمِّمت التغييرات من أجل تقليل اعتماد السكان على برنامج الميديبانك، وتشجيع عضوية التأمين الصحي الخاص ومن هنا تعزيز تقديم الرعاية الصحية بواسطة سوق القطاع الخاص -الانسحاب من الضريبة الصحية في أكتوبر ١٩٧٦، وتغييرات الراحة في مايو ١٩٧٩ وتغييرات سبتمبر ١٩٨١-. ورغم التوقعات بأن التخفيض البطئ في منافع التكلفة الطبية سوف يتسبب في زيادة استهلاك التأمين الصحي الخاص، فقط كانت تغييرات المستشفى في سبتمبر ، ١٩٨١ هي التي سببت دخول عديد من الناس تحت غطاء التأمين الصحي الخاص، وربما قد يعود ذلك إلي انخفاض التكاليف الطبية عموما رغم أنه حتى نوبة واحدة من الإقامة بالمستشفى قد تؤثر تأثيرا كبيرا فى ميزانية الأسرة.

بررت الحكومة هذه التغييرات لأسباب مالية، ولكن الانقلاب في السياسات العامة خلال هذه الفترة أحيانا يزيد من النفقات الحكومية ومن الأفضل توضيحه عندما نراه عبر عدسة أيديولوجية[٣٢]. أفضل صورة عبرت عن ذلك كانت هي تبرير الحكومة

(32) S. J. Duckett, "Chopping and changing Medibank part 2: An interpretation of the policy making process", Australian Journal of Social Issues, (1980), p. 15, 79-91.

لتغييـرات ١٩٨١: أن هذه التغييرات وُضـعَت "لضـمان اسـتمرار الممارسـة الطبية بالقطاع الخاص"[٣٣].

١٩٨٣ - ١٩٩٦

بدأت دورة جديدة من السياسة الصحية بانتخاب حكومة حزب العمال برئاسة هوك في ١٩٨٣.[٣٤] صاحب عودة حزب العمال للحكم هيمنة سياسية للقيم المجتمعية وتشديد على المشـاركة في المخاطر عبر السـكان جميعهم. تحركت الحكومة الجديدة بسرعة وأعادت إدخال التأمين الصـحي الشامل واسـتعادت القدرة الشاملة على الوصول إلى رعاية المستشـفيات العامـة. خطط "الميديكير" الجديدة كما اصـطلح على تسـميتها، كانت الجزء الرئيسـي من السياسـة الاجتماعية الأعرض للحكومة التي بانت ملامحها فـي "الاتفاق" الذي تم التفاوض حوله مع حركة الاتحـادات النقابية قبل الانتخابات. وتضمن الاتفاق موافقة النقابات على اعتدال مطالبهم في الأجر النقدي، مقابل تحسين الأجر الاجتماعي، والجزء الرئيسي في هذا الأجر هو إعادة إنشاء التأمين الصحي الشـامل، وهكذا يوفر العمال نفقاتهم بتخفيف الشـعور نحو الحاجة إلى الاشتراك في التأمين الصحي الخاص[٣٥]-[٣٦].

لم يجذب التأمين الصـحي الخاص سوى القليل من الانتباه لسياسات حكومتي هوك وكيتينج الذي تلاه. صُـمِّمت التغييرات في السياسـة الحكومية بحيث تحسِّـن صـناعة التأمين وظيفيا من خلال شـكل محسَّـن للمنتج، وإدخال حزم خصومات للزيادة على المبلـغ التأمينـي (front end deductible) وإدخال حزم خدمات في ١٩٨٥، ومحاولة

(33) Supra note 31.

(34) J. Duckett, "Making a difference in health care", in S. Ryan and T. Bramston (eds.) The Hawke government: A critical perspective, (North Melbourne: Pluto Press, 2003), p. 215–24.

(35) L. Sonder, 'The Accord, the communique and the budget', The Australian Quarterly, (Winter) (1984), p. 153-162.

(36) S. Carney, Australia in Accord. Politics and industrial relations under the Hawke Government, (South Melbourne: Sun Books, 1988).

تقليل نفقات الجيب الشخصـي بالسـماح للصـناديق التأمينية بالمفاوضة حول الأسعار مع المستشـفيات في ١٩٩٦ (٣٧). بدت اسـتجابة الصـناديق التأمينيـة على تلك الفرص بطيئة(٣٨)، ربما لأن إعادة نظام الإعانات المالية مرة أخرى كان حلا أسـهل للحكومة الليبرالية الجديدة. لم يكن من المرجح أن تمتلك أستراليا نظاما شاملا للتأمين الصحي، دون وجـود حكومة حـزب العمال في السـلطة في أوائل الثمانينيـات. وكما أظهرت الفتـرة اللاحقـة لحكومة هوارد، لو اسـتمرت حكومة فريـزر الليبراليـة في الحكم، لاستمرت تستجيب لمصالح منظمات التأمين الصحي الخاص وجمعيات المهن الطبية. كانت سـوف تسـتمر ترتيبات التأمين الصـحي علـى حلقات مع التشـديد على الإعانة المالية للتأمين الصـحي الخاص، بدلا من إنشاء نظام شـامل منهجي يقدم التغطية لكل الأستراليين.

تمثل فترة بقاء الليبراليين في السـلطة فترة بارزة من اسـتقرار السياسات الصحية. نما التأييد الشـعبي للميديكير –بمعايير كل من الخدمات الصـحية وخدمات المستشفى– طوال هذه الفترة، ربما بسبب هذا الاستقرار، إلى المدى الذي جعل الأحزاب الليبرالية والوطنية تهجر لاحقا معارضتها الصريحة لبرنامج الميديكير.

١٩٩٦ - ٢٠٠٧

جون هـوارد، زعيم الائتلاف الوطني الليبرالي فـي انتخابات ١٩٩٦، بالتوازي مع التزام فريزر "بالحفاظ على اسـتمرار الميديبانـك"، وعد هو الآخر بالحفاظ على اسـتمرار "الميديكيـر في مجمله". هجـوم هوارد علـى برنامج الميديكيـر كان أكثر حصـافة من تدمير فريزر للبرنامج الميديبانك. أيديولوجية وفلسفة الأحزاب الليبرالية الوطنية، كانت هي دعم حلول السـوق الخاص في كل ميادين السياسات العامة ودعم

(37) S. Gath, "Enhanced consumer rights in private health care: Have the "Lawrence Amendments" delivered?" Journal of Law and Medicine (1999) 6, p. 241-252.

(38) S. Willcox, "Buying best value health care: Evolution of purchasing among Australian private health insurers." Australia and New Zealand Health Policy (2005) 2, p. 6. Available at: http:/www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/6.

اجتماعي بناء على اختبار استحقاق الدعم (means tested) بدلا من مبدأ شمول الدعم الاجتماعي لكل الناس. ورغم عدم انتكاس الدعم الحكومي للتأمين الطبي الشامل، خلال فترة حكم الوطنية الليبرالية، كانت هناك سلسلة من مبادرات السياسة العامة موضوعة لتدعيم دور القطاع الخاص، لتعكس تفضيل الائتلاف الحكومي لاستهداف مجموعات بعينها بدلا من البرامج شاملة التغطية.

تضمنت أكبر تغييرات في السياسات وأكثرها تكلفة في سنوات حكم هوارد تلك التغييرات المصمَّمة؛ لزيادة الاشتراك في التأمين الصحي الخاص. هنا أدخلت الحكومة الإعانات المالية المكثفة للتأمين الصحي الخاص (المعروف باسم خصم التأمين الصحي) إلى جانب إعادة هيكلة مبدأ "التسعير المجتمعي" (community rating) لوضع حوافز قوية للمستهلك؛ حتى يشترك في التأمين الصحي قبل سن الثلاثين من العمر. مُنِح أصحاب الدخول العالية حوافز ضرائبية للاشتراك في التأمين الصحي. أكبر مبادرات سياسة التأمين الصحي الخاص كانت كما يلي:

- يوليو ١٩٩٧: ضريبة إضافية ١ ٪ على ضريبة برنامج الميديكير على هؤلاء أصحاب الدخل الفردي الذي يزيد على ٥٠ ألف دولار سنويا أو دخل أسرة يزيد على ١٠٠ ألف دولار سنويا، ولا يساهم في تأمين صحي خاص. حدود الدخل هذه لم ترتبط بمعدل التضخم لذلك تؤثر هذه الضريبة على حصة متزايدة من السكان مع مرور الوقت. أثر هذه الضريبة الإضافية جعل من الأرخص للأفراد والعائلات أن تشترك في التأمين الصحي الخاص، بدلا من دفع هذه الضريبة. كان لهذه السياسة أثر إضافي ألا وهو دفع أصحاب الدخول العالية -الذين هم -عموما- أقل من يستخدم الخدمات الصحية- إلى وعاء المشاركة في تحمل المخاطر (risk pool)، وهكذا يحسنون من موقف هذا الوعاء.

سياسة الخصم ذى سقف لاختبار الاستحقاق (Capped means tested rebate). لم تفعل هذه السياسة سوى قليل من الأثر على زيادة الاشتراك في التأمين الصحي الخاص[٣٩].

(39) Supra note 10.

- ففي يناير ١٩٩٩: اســتبدلوا سياسة الخصــم هذه بسياسة خصم أخرى دون ســقف تصــل إلــى ٣٠ ٪ على الاشــتراكات الأولية في التأمين الصــحي الخاص دون اختبار لاســتحقاق الخصــم. وكما كان مع الإعانات المالية لعام ١٩٩٧، لم يكن لهذه السياسة سوى تأثير محدود جدا على زيادة الانضمام إلى التأمين الصحي الخاص.

- في يوليو ٢٠٠٠: تغيرت اللوائح التنظيمية للاشتراكات الأولية للتأمين الصحي الخاص إلى إدخال نظام اختيارات طرق مختلفة للاشتراك الأولي تقوم على أســاس الســن التي يشــترك عندها المســاهم لأول مرة فــي التأمين الصــحي -تســعير مجتمعي لطول العمر- يواجه الناس/الأســر التي تنضــم للتأمين الصحي للمرة الأولى بعد سن الثلاثين نسبة زيادة في الاشتراك الأولي تبلغ ٢ ٪ (حتى السبعين من العمر) سنويا.

- في أبريل ٢٠٠٥: زاد خصــم التأمين الصحي إلى ٣٥ ٪ بالنسبة لمن تتراوح أعمارهم بين ٦٥ إلى ٦٩ سنة؛ ٤٠ ٪ لمن تتجاوز أعمارهم ٧٠ سنة.

كان أهــم تغيير فــي هذه السياســات بمعايير تأثيره علــى التأمين الصــحي الخاص هو إدخال "التســعير المجتمعي مدى الحياة" في يوليو ٢٠٠٠ [٤٠]-[٤١]-[٤٢]. أدى هذا التغيير إلى زيادة ٥٠ ٪ في عدد المشــتركين في التأمين الصــحي، مع انتشار التأمين الصحي الذي زاد من ٣٠ ٪ من الســكان إلى ٤٥ ٪. تناقض خطاب هذه السياسة العامة مع لغة تســويق هذه الخطط الجديدة. وشــدد خطاب السياســات على أن الدعم المالي للتأمين الصــحي الخاص سوف يقلل بمعنى من المعاني الضغط الواقع على المستشفيات العامة

(40) Supra note 8

(41) L. Segal, "Why is it time to review the role of private health insurance in Australia." Australian Health Review (2004) 1, p. 3-15.

(42) R. E. Moorin and C. D. J. Holman, "Modelling changes in the determinants of PHI utilisation in Western Australia across five health care policy eras between 1981 and 2001." Health Policy (2007) 2-3, p. 183-94.

بتخفيض الطلب على القطاع العام حين تزيد قدرة عدد أكبر من الناس على استخدام المستشفيات الخاصة. وهكذا حاولت الحكومة تصوير نفسها بوصفها داعمة لدور المستشفيات العامة. وعلى النقيض، شددت خطط التسويق لهذه السياسات الجديدة، التي قامت بها كل من الحكومة وشركات التأمين الصحي الخاص، على أن التأمين الصحي الخاص سوف يسمح للمرضى بتجاوز صفوف الانتظار؛ لإجراء جراحات معينة/أو للإقامة بالمستشفيات من أجل تلقي العلاج. وقد جسد ذلك هجوما ماكرا على المقاربات المجتمعية/ذات أبعاد الشمول التي تبنتها الحكومات السابقة، وفرضت هذه السياسات أنه ليس بوسع السكان بعد ذلك الاعتماد على نظام الميديكير العام للوصول إلى الرعاية الصحية في التوقيت السليم.

شدد برنامج التسويق الحكومي على أهمية الاشتراك في التأمين الصحي بتحديد سقف زمني للاشتراك لبداية سريان طريقة جديدة؛ للاشتراكات الأولية تعتمد على سن المشترك(٤٣). فقد اعتبرت الحكومة الأشخاص والعائلات التي تشترك بالتأمين الصحي قبل تاريخ معين أنهم مشتركون عند سن الثلاثين عاما. كان شعار حملة التسويق هو "سارع إلى التغطية" وكانت البوسترات تُظهر المرضى على أسرّتهم يهرولون مندفعين يسبق بعضهم الآخرين الواقفين في طابور خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات العامة. وكما استخلص ديبل:

كان لحملة "سارع إلى التغطية" مصحوبة بشعار "تأمين صحي مدى الحياة" مفعول السحر. كانت الرسالة الأساسية هي أن الحكومة لم تعد تستطيع تقديم قدرة شاملة للوصول إلى الرعاية الصحية بالمستوى المثالي من خلال الميديكير، وأن الطريق الوحيد لضمان التغطية الشخصية الآن هو الاشتراك في تأمين صحي خاص.

(43) S. Carter and S. Chapman, "John's $12 tonic: Press coverage of the government's selling of a private health insurance rebate." Australian and New Zealand Journal of Public Health (2001) 3, p. 265-71.

لن يستفيد من تلك الميزات الأعضاء الجدد فقط ، الذين سوف يدفعون - إذا لم ينضموا إلى التأمين- مزيدا من الأموال ، بل سوف يستفيد أيضا أولئك الذين كانوا لا يستطيعون الانضــمام إلى التأمين الصحي. فقط كانت حملة هجومية بمعايير نمو العضوية ، كانت حملة ناجحة جدا[٤٤].

أظهر التقييم اللاحق لهذه السياسات بشكل واضح تماما أنه لم تثمر الإعانات المالية المقدمة إلى التأمين الصحي الخاص سوى قليل من الفائدة لتخفيض الضغوط الواقعة على نظام المستشـفيات العامة[٤٥]-[٤٦]-[٤٧]-[٤٨]-[٤٩]-[٥٠]-[٥١]-[٥٢] ، رغم ما أحدثته تغييرات التغطية مدى الحياة من تحويل اتجاه حوالي ١٠٠ ألف مريض سـنويا من المستشفيات

(44) J. S. Deeble, The private health insurance rebate: Report to State and Territory Health Ministers, National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University (2003).

(45) S. J. Duckett and T. Jackson, "The new health insurance rebate: An inefficient way of assisting public hospitals", Medical Journal of Australia (2000) 9, p. 439–44.

(46) Scheme: how effective has Richardson, J. R. J. and L. Segal, "Private health insurance and the Pharmaceutical Benefits recent government policy been?» Australian Health Review (2004) 1, p. 34-47.

(47) lian Health Review (2004) 1, p. 3-15

(48) D. Hindle and I. McAuley, "The effects of increased private health insurance: a review of the evidence." Australian Health Review (2004) 1, p. 119-138

(49) K. Brameld, D. A. Holman, et al., "Possession of health insurance in Australia-how does it affect hospital use and outcomes?" Journal of Health Services & Research Policy (2006) 2, p. 94-100

(50) R. E. Moorin and C. D. J Holman, "Does federal health care policy influence switching between the public and private sectors in individuals?" Health Policy (2006) 2-3, p. 284-95.

(51) R. Moorin, K. J. Brameld, et al., "Health care financing and public responses: use of privateinsurance in Western Australia during 1980-2001." Australian Health Review (2006) 1, p. 73-82.

(52) Supra note 42

العامة إلى المستشفيات الخاصة، تقريبا لإجراء نفس الإجراءات الصحية(٥٣)-(٥٤)-(٥٥).

وفي نفس الوقت ومع إعطاء القطاع الخاص -تأمين صحي ومستشفيات- إعانات مالية مكثفة -الإعانات المالية للتأمين الصحي هي الآن أكبر من الإعانات المالية الموجهة لصناعة التعدين والإنتاج والزراعة مجتمعين- أخذ دعم الكومنولث للمستشفيات العامة يتقلص. اتفاقية أستراليا حول الرعاية الصحية ٢٠٠٣-٢٠٠٨ كانت أكثر شحًا من سابقتها. فقد وفرت الاتفاقيات السابقة إعادة موازنة مساهمات الكومنولث والولايات معا للمستشفيات العامة كل خمس سنوات؛ حيث يساهم الكومنولث نمطيا بما يزيد على ٥٠ ٪ من التكاليف في السنوات الأولى من الاتفاقية وهي الحصة التي تصبح العكس في السنوات الأخيرة حين يقع تضخم تكاليف المستشفى الزائد على عاتق إنفاق الولاية. كانت اتفاقية ٢٠٠٣ – ٨ . مختلفة، فالتفاوض حولها كان فظا وانتهى بوفورات للكومنولث تُقدّر بحوالي مليار دولار في التقديرات المستقبلية للميزانية (Budget Forward Estimates)، واستُخدمَت الاتفاقية لتمويل سياسة تغيير الفواتير المجمعة (bulk billing) الموصوفة أدناه(٥٦). بلغ نصيب إنفاق الكومنولث على المستشفيات العامة عند الاقتراب من نهاية فترة الاتفاقية مستوى انخفاض غير مسبوق بنسبة ٤١ ٪، مما يصور أن أولوية الائتلاف هي في دعم القطاع الخاص.

خرّبت المجموعة الثانية من السياسات التي أدخلتها حكومة الائتلاف التضامن الاجتماعي بإدخال سياسة استهداف الدعم المالي للقدرة على الوصول إلى الرعاية الطبية، وهكذا أضعفت سمة حاسمة من سمات برنامج الميديكير، شمول البرنامج.

(53) N. Owers, V. Sundararajan, et al. "The effect of increased private health insurance coverage on Victorian public hospitals." Australian Health Review (2003) 2, p. 6-10

(54) S. J. Duckett, "Living in the parallel universe in Australia: public Medicare and private hospitals." CMAJ (2005) 7, p. 7

(55) A.E. Walker, et al., "Public policy and private health insurance: distributional impact on public and private hospital usage." Australian Health Review, (2007) 2, 305-314

(56) S. J. Duckett, "The Australian Health Care Agreements 2003-2008."Australian & New Zealand Health Policy 1: http://www.anzhealthpolicy.com/cntent/1/1/5, (2004).

فمـن بدايتـه وبرنامج الميديكير كان مخططا للتأمين الصـحي الشـامل يُعالج السـكان جميعهم بشكل متساوٍ بمعايير الدعم الحكومي.

ومع ذلك، لم يرتبط جدول الرسوم الحكومي بالرسـوم المفروضة فعليا وأخذت قيمة هذا الدعم الحكومي تتآكل -بالنسـبة لكل الناس- عندما أصبحت رسوم الجدول حصة تتضـاءل شيئا فشيئا من الرسـوم التي يفرضـها الطبيب الممارس العام. وكرد فعل على الضـغوط السياسية من هذا الانخفاض في الفواتير المجمعة والزيادة المترتبة على ذلك في الإنفاق من الجيب الشخصـي من أجل الخدمات الطبية، أدخلت الحكومة عددا من ترتيبات "شبكة الأمان" التي اسـتهدفت فئات سكانية معينة وبارزة اجتماعيا أو سياسيا. فقد تم اسـتهداف فئات سكانية معينة ومناطق جغرافية بعينها تتضمن سكان الريف وضـواحي المدن الكبرى -وقد ضُـموا أهل الضـواحي ربما لما لهم من أهمية تصويتية في الانتخابات- التغييرات التي أُدخلَت هي:

- فبراير ٢٠٠٤: خصـم خمسـة دولارات إضـافية على الفواتير المجمعة لخدمات الممارس العام لمن يحمل بطاقة الامتياز والأطفال تحت سن ١٦

- مايو ٢٠٠٤: خصـم ٢,٥دولار إضـافية على الفواتيـر المجمعة لخدمات الممارس العام لمن يحمل بطاقة الامتياز والأطفال تحت سـن ١٦ في المناطق الإقليميـة والريفيـة والنائية، وفي تسـمانيا أصـبح مجمل الخصـم الإضـافي مـن التغييرات التي وقعت فـي فبراير ومايو في هذه المناطـق الجغرافية هي ٧,٥دولار.

حد الثلاثمائة دولار سـنويا لإنفاق شـبكة الأمان علـى العائلات التي تتلقى منافع الأسـرة الضريبية الخاصـة (Family Tax Benefit) وعلى حاملي بطاقات الامتياز وحد السـبعمائة دولار سنويا لكل الأفراد والعائلات الآخرين، الذي سوف يلبي الميديكير بعدهما ٨٠ ٪ من تكلفة الإنفاق من الجيب الشخصي.

- يناير ٢٠٠٥: خصـم ١٠٠ ٪ (من جدول الرسوم) لمعظم خدمات الممارس

العام. دمــر هذا التغيير حوافز الأطباء في موضــوع الفواتيــر المجمعة، مع وجود الخصــم ســواء كانت المشــاركة في الدفــع (co-payment) مطلوبة من المريض أم لا.

وكمــا يظهر من الشــكل (١)، أوقفت هــذه التغييرات انخفاضــ الفواتير المجمعة، ولكن على حســاب إعادة وضـــع مفهوم الفواتير المجمعة من جديد كبرنامج يســتهدف أقسامًا معينة من السكان بدلا من كونه استحقاقا شاملا.

عام ٢٠٠٧ وما بعدها

فــازت حكومة العمال بانتخابات ٢٠٠٧، ووعدت بالاحتفاظ بعديد من السياســات التــي أدخلتها حكومــة الائتلاف بما فيها خصــومات التأمين الصــحي، والتغطية مدى الحياة وشبكة أمان برنامج الميديكير. ولكن وعلى خلاف أولويات الائتلاف السياسية، شددت الحكومة الجديدة أيضا على الدعم المباشر؛ لإعادة بناء نظام المستشفيات العامة وتحركــت ســريعا لتوفير تمويل إضــافي للولايات -وإن كان لمــرة واحدة فقط- من أجل تخفيض قوائم الانتظار. رفعت ميزانية ٢٠٠٨-٠٩ الحد الأدنى للرسم الإضافي لضــريبة الميديكير على الدخل الســنوي الذي يبلــغ ١٠٠ ألف دولار بالنســبة للفرد، ويبلغ ١٥٠ ألف دولار بالنســبة للأســرة، لتغير اتجاه حد القيمة المنخفضة للحد الأدنى واســتعادتها مــرة أخرى كرســم إضــافي على "الأغنيــاء" بدلا من الانجــراف وراء الإمســاك بقسم أعظم من السكان. اســتطاعت التغييرات في ترتيبات الحد الأدنى على الأرجح عكس مسار التيار الأخير الذي يشجع الانضمام إلى التأمين الصحي الخاص.

الخلاصة

يوصــف نظام الرعاية الصــحية في أستراليا بأنه "صراع مصــالح"(٥٧)، ولكن هذه المصــالح لا تسـعى فقط خلف مصــالحها المالية والقطاعية، ولكنها تسـعى أيضــا إلى مواقف من قيم فكرية تختلف بشدة حول مكان الإنصاف والشمول. والدور الذي يجب أن يلعبه السـوق فيما يخص القدرة على الوصـول إلى الرعاية الصـحية هو أيضا محل نزاع شـديد. كان لدى المهنة الطبية دور مهم على نحو خاص في صـراع القيم مع جماعة المصــالح الرئيسـية، الجمعية الطبية الأسـترالية، التي تهيمن عليها أخلاقيات الأسواق الخاصة الحرة، ومن الممكن أن يكون ذلك نابعا من هيكل الصناعة نفسه كأطباء يديرون مشاريع صغيرة. لم تهيمن مثل هذه الأخلاقيات إلى نفس المدى على الجمعيـات المهنية الإكلينيكية (مثل الجمعية الملكية الأسـترالية للأطباء)، وهو ما يعكس بشــكل محتمــل أنه في بعض الكليـات الإكلينيكية يوجد نفوذ أكبــر كثيرا؛ لأطقم العمل الطبية التي تقوم بأدوار أكاديمية أو تعمل بأجر في المستشفيات العامة.

هناك أنصــار للمصــالح القطاعية يدافعون عنها في المجال السياسي، وقد وضعت الأحزاب السياسـية المختلفة تأكيـدات متنوعة على قيم النزعــة المجتمعية في مواجهة الاعتماد الذاتي للفرد عند توليها سلطة الحكم. وكما صورنا في هذا الفصل، ورغم أي وعود قُطعَت كجزء من الحملات الانتخابية، تصرفت حكومات الائتلاف بانسجام تام مع دعم القطاع الخاص أكثر من القطاع العام، واتبعت سياسات تقسم بها السكان إلى أقسام أو فئات مستهدفة بدلا من التأكيد على التضامن الاجتماعي والشمول.

ما الذي يحمله المسـتقبل بين طياته؟ بالنسـبة للمسـتقبل المنظور سوف يصبح لدى أستراليا نظام مختلط عام وخاص لتقديم الخدمة مع وجود دور مستمر وكبير للحكومة فــي التمويـل. حافظ التأمين الصــحي القطاع الخاصــ الذي يمثل ركيزة حاسـمة في تقديم خدمات المستشـفيات الخاصة، على نصـيبه في السوق الذي يمثل نحو ٤٠٪ من

(57) S. Sax, A Strife of interests: Politics and Policies in Australian Health Services, North Sydney, Allen and Unwin, 1984.

السكان. وهناك جماعات أقلية كبيرة لا تستطيع أي حكومة أن تتحمل سياسيا استبعاد هذا القسم من السكان. استطاعت الصناعة النجاح في إقناع المساهمين في التأمين الصحي الخاص بأن الدعم العام للتأمين الصحي الخاص هو أمر معقول وذو جدارة.

ورغم ظهور بعض العلامات بأن سوق التأمين الصحي الخاص عاد مرة أخرى؛ ليكون غير مستقر وبدأ في المعاناة من الانتقاء الضار، فليس من المرجح أن حكومة العمال سوف تستثمر موارد كبيرة في مزيد من الإعانات المالية لهذه الصناعة. مستقبل السوق الطبي تحيط به الشكوك وتخضع طبيعة المشروع الصغير في السوق الطبي إلى تحد خطير من اندماجات الصناعة ومقدمي الخدمة الكبار. ولن يغير هذا الموقف الأيديولوجي للصناعة ولكن قد يضعف صورتها أمام الجماهير. قد يعيد انتخاب حكومة العمال بؤرة اهتمام السياسة إلى أفكار وقيم الشمول والمساواة في أستراليا، ولكن نقاط قوة ونجاحات القوى المضادة يفترض أنه سوف يظل صراع القيم في أستراليا مستمرا مستقبلا.

ما الدروس المستفادة بالنسبة للبلاد الأخرى؟ صوّر هذا الفصل أهمية سياسات الانتخاب في التأثير على شكل نظام الرعاية الصحية. الإجماع الضعيف على أساس القيم حول مكان الشمولية في نظام الرعاية الصحية بأستراليا سمح بعودة ظهور سياسات استهداف فئات بعينها وأقسام بعينها أثناء سنوات هوارد. تظهر تجارب أستراليا أيضا قدرة المهنة الطبية على صياغة السياسات مع عديد من أوجه السياسات في ظل حكومات فريزر وهوارد خضعت لتوجيه القيم المهنية والسلطة السياسية للمهنة بدلا من المنطق البيروقراطي أو منطق اقتصاديات الصحة. كان لا يجب المبالغة في أهمية مهنة الطب في فترات حكومات الائتلاف: كان حديث المهنة للحكومة التي كانت متعاطفة مع كلامها. فعليا، القول بأن السياسة الصحية في عهد فريزر من الممكن فهمها بشكل أفضل بالتفكير والتدبر في قضايا أيديولوجية أوسع، بدلا من التطلع إلى توضيحات من داخل القطاع الصحي نفسه[٥٨]. وبالتأكيد، صراع القيم في السياسة

(58) Supra note 32.

الصــحية يعكس صــراعات مماثلة في مجالات أخرى من السياسات العامة خلال هذه الفترات.

وأخيرا، تصور تجارب أستراليا بعض العوائق التي وقفت في مواجهة الحكومات. تطور التأييد الانتخابي القوي لبرنامج الميديكير طوال سنوات حكم هاووك/كيتنج هو الذي قيّد يد حكومة هوارد ومنعها من الهجوم على أنصار شمول التأمين الصحي.

الفصل الحادي عشر

الإصلاح الصحي في الصين: هوية قطاع عام وسلوكيات قطاع خاص: الأسباب والنتائج والعلاج

ففيان لن/ وهوانجوين جاو (Vivian Lin and Hongwen Zhao)

مقدمة

مع تأسـيس جمهورية الصين الشعبية في عام ١٩٤٩، انعقد المؤتمر الوطني الأول للصـحة، ووضـعَت أربعة مبادئ إرشادية لتطوير النظام الصـحي كالآتي: (١) نظام يخدم العمال والجنود والفلاحين والمسـنين، (٢) وضـع أولوية للوقاية، (٣) وضـع اهتمام متسـاوٍ بين الطب الصـيني التقليـدي والطب الغربـي (٤) تحريك كل قطاعات المجتمـع للعمل الصـحي لزيادة العمر المتوقع في ثلاثة عقود (العقد عشـر سـنوات). وحدث بعد ذلك تحسن ملحوظ في موارد الصحة (انظر جدول رقم ١). تم هذا الإنجاز من خلال نظام الاقتصـاد المخطط، حيث كان اكتمالا ناجحا لما اصـطلح على تسميته "الثـورة الأولـى للصـحة"، مقارنة مع البلدان الأخرى المشـابهة في مسـتوى دخل الفرد. كما أن الحالة الصـحية التي تحققت كانت أفضـل من المتوقع[1]، وبهذا أصبحت الصين نموذجا عالميا للرعاية الصحية الأولية[2].

ومنذ عام ١٩٤٩ وإلى الآن مر النظام الصـحي الصـيني في تطوره بثلاث مراحل من الإصـلاح الصـحي، في معالجة أسـباب ونتائج خطط السياسـات السـابقة. ففي

(*) نتقدم بالشكر والعرفان على المعاونة البحثية التي قدمتها إملي برينك في إعداد هذه المخطوطة. (المؤلفان)

(1) World Bank, China: Strategies for reducing poverty in the 1990s. (Washington DC: World Bank, (1992).

(2) WHO, Declaration of Alma-Ata (International Conference on Primary Health Care), 1978

المرحلة الأولى من عام ١٩٤٩ حتى ١٩٧٩، يمكن رصد تطور النظام ومبدأ المساواة فيه من خلال مؤشرات القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية وإتاحتها والقدرة على تحمل تكلفتها في إطار أيديولوجي متسع من الإنصاف والتضامن السياسي. ومن ثم يمكن تصوّر التطورات التالية لذلك أو وصفها كالتالي:

الجدول رقم 1: الوضع والموارد الصحية في الصين

المؤشرات	١٩٥٠	١٩٨٠	٢٠٠٠
العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنة)	٥٧,٠	٦٧,٩	٧٣,٠
معدل وفيات الأطفال (لكل ألف مولود حي)	٨,٨٠	٧,٣٤	١٥,٣
المستشفيات	٤١٧٩	١٢,٢٢٧	١٩,٢٤٦
أسرّة المستشفيات	٢٩٤,٧٠٠	١,٥٠٨,٦٠٠	٢,٥٦٠,٤٠
قوة العمل الصحية	١,٠٣٩,٢٠٠	٣,٤١٠,٩٠٠	٤,٦٢٤,١٤٠
المراكز الصحية بالمراكز الإدارية الحضرية	N/A	٤٧,٣٨٧	٤٠,٧٩١
إجمالي عدد السكان	million ٦١٤	million ٩٨٧	١,٣٢١ million (٢٠٠٧)

Sources: Ministry of Health MOH, Chinese Health Statistical Digest

- الدورة الأولى للإصلاح: من عام ١٩٨٠ حتى ١٩٩٦، والتي اتسمت بالمشاركة في مسئولية الرعاية الصحية من خلال الأفراد والحكومات في سياق سياسات اللامركزية المالية، والتوجه لعمل شركات قابضة كبيرة في إطار الهوية العامة وآليات العمل الخاصة.

- الدورة الثانية للإصلاح: من عام ١٩٩٧ إلى ٢٠٠٦، في محاولة لدمج مقاربة التخطيط المركزي وآليات السوق، في ظل نقص التمويل الحكومي للخدمات الأساسية العامة أو سياسات روافع آليات السوق الأخرى! مما أدى إلى فشل الإصلاح الصحي مع تهميش التضامن ونتائج الحماية الاجتماعية.

- الدورة الثالثة للإصـلاح: من عام ٢٠٠٧ إلـى ٢٠٢٠، في محاولة لإعادة بناء أهداف القدرة على الوصـول إلى الرعاية الصـحية وتدعيـم الإنفاق الحكومي كجزء من التدعيم الكلي للخدمات العامة، وإصلاح الخدمات الحكومية والحقوق الصحية العاجلة.

وبمعنى آخـر، كانت الدورة الأولى جزءا من الاقتصـاد المتحرك المنفتح المعتمد على سياسـات السـوق التي دمرت معالم النظام الصـحي الناجح السـابق. أثر دورة الإصـلاح الصحي الأول كان عبارة عن خصخصة جزئية؛ للتمويل مع إنشاء شركات لإدارة تقديم خدمات الرعاية الصـحية ولا مركزية الملكية وتشـجيع للاسـتثمار. وقد برزت بذلك أعراض مشكلات النظام الذي يمكن توصيفه بالهوية العامة وآليات العمل الخاصـة؛ حيث ظلت الملكية نظريا ملكية عامة وإن اتسم أداء وسلوك مقدم الخدمة بما يعكس توجهًا قويًا لتحقيق الربح.

وبدايـة من التسـعينيات، تجـري محاولات متكـررة لإعادة النظر في مشـكلات التكلفة المرتفعة للخدمات والقدرة غير المتساوية للوصول إلى الخدمة وتردي الجودة الذي أصـبح السمة الغالبة على النظام الصحي الصـيني. نراجع في هذا الفصل أسباب ونتائج وعلاجات مصـاحبة للنتائج الكارثية للدورة الأولى من الإصـلاح الصـحي، مع تركيز خاص على قضـايا العدالة والإنصـاف والمناقشـات الناشـبة حول الحقوق الصـحية، والتي تعطي مؤشـرات وتحليلات لأثر الإصلاح. يلي ذلك مناقشة الدورة الثانية للإصلاح الصحي والسياسات الإجرائية وعوامل الفشل والنجاحات. ثم نتناول مسـتهدفات واتجاهات الدورة الثالثة الحالية للإصـلاح، واضعين في الاعتبار جهود علاج المشاكل الخطيرة المتصاعدة لعدم الإنصاف.

ويحتوي الفصل على مناقشة تحديات إنجاز الإصلاح الحالي وما ينبغي أداؤه.

وفي النهاية سـوف نقترح أداة لتقسـيم المراحل وهو ما أصبح ملمحا؛ لرصد وتقييم شفافية أداء النظام الصحي الصيني.

أسباب ونتائج تغيير النظام الصحي

بدأت الدورة الأولى للإصلاح الصحي تحديدا مع بداية الإصلاح الاقتصادي في أوائل عام ١٩٨٠. كان كل من الإصلاح الاقتصادي وإصلاح القطاع العام هما القوة الدافعة وراء إصلاح النظام الصحي، ولامركزيته المالية وتأسيس شركات قابضة مملوكة للدولة، والقطاعات العامة الأخرى المعنية بخدمات الرفاه الاجتماعي مثل الرعاية الصحية. ومن أجل الحفاظ على الاستقرار الاجتماعي، والسيطرة على الأسعار ونظم التوظيف التي استمرت في مرحلة الانتقال من الاقتصاد المخطط إلى اقتصاد السوق.

واتساقا مع برنامج الإصلاح الاقتصادي واللامركزية المالية، كان على كل المؤسسات الصحية التي تحولت إلى شركات أن تشق طريقها بنفسها للبقاء -بناء على قاعدة "زيتها في دقيقها"- وركزت سياسات وزارة الصحة على إجراء محاسبة مالية للمستشفيات؛ لإنعاش كفاءتها الاقتصادية كي تخفض من تمويل الحكومة لها، وطبقت سياسات جديدة وُضِعت موضع التنفيذ تدريجيا لدفع حوافز تعدِّل من سلوك مقدمي الخدمة. سمحت هذه السياسات بإدخال ممارسات القطاع الخاص الطبي (١٩٨٠). اعتمد تسعير الخدمات على التكلفة الحقيقية منذ عام ١٩٨٥، كما بدأ تنفيذ نظم التعاقد على الخدمات والسماح بالأنشطة التجارية الموازية لتعويض نقص تمويل الموازنة العامة (١٩٨٩)[3]. وفي ظل اتجاهات هذه السياسات استمرت مقاربة استرداد التكاليف، وربح عوائد من وراء تقديم الخدمات، باعتبار أن ذلك استراتيجية رئيسية تعتمد عليها المستشفيات[4]. واستجاب مقدمو الخدمة على ذلك بتحصيل حوافز مادية من خلال أسلوب رسم مقابل الخدمة وأسلوب -الدفع مقابل الخدمة- عبر تقديم خدمات غير ضرورية لتعظيم أرباحهم الشخصية وأرباح مؤسساتهم. وقد دعم مقدمو الخدمة أجندة الاستدامة بزيادة رسوم استخدام الخدمات، وفضلوا الأدوية الأغلى ثمنا والتكنولوجيا الأحدث.

---

(3) H. Zhao, Governing the Health Care Market: Regulatory Challenges and Options in the Transitional China. (PhD thesis, La Trobe University, School of Public Health), (2005), p. 27.

(4) Ibid. p. 25

أدى هـذا الخلـل في تمويل النظام الصــحي إجمالا إلى وجود منافســة ضـارة بين المؤسســات الصحية، فشــعار "هوية قطاع عام وسـلوك قطاع خاص" يشجع تعظيم الفوائد والتخلي عن المعاييــر الأخلاقية التقليدية(٥)، وتحفيز رفع الطلب على الخدمات غير الضرورية (induced demand)، مما أدى إلى أن جودة الخدمات الطبية أصبحت محلاً للتساؤل في ظل القدرات والكفاءة المحدودة لقوة العمل الطبية، ومنافسة أسواق الرعاية الصحية التي تؤدي إلى زيادة الإهدار في موارد القطاع المدني للعالم الثالث. يمكننا رؤية تدهور النفقات الحكومية في الجدول رقم ٢.

جدول رقم ٢: الإنفاق الحكومي في المناطق الحضرية والريفية (مليون يوان)(٦)

السنة	١٩٧٨	١٩٩٣
نفقات تشغيل المستشفيات الحضرية	١,٧٩٤	٤,١٨٣
الدعم المالي لنظام التعاونيات الطبية الريفية (CMS)	٨٩	٢٧

أدت الضــغوط التنافســية إلى تصــاعد تكلفة الخدمات وتدهور الأنشطة التنظيمية، وفي ظل غياب سياسات التسعير ارتفع سعر الدواء بنسبة ٨٥ ٪(٧). بدأت برامج اعتماد الجــودة للمستشــفيات في عام ١٩٨٩. شــملت البرامج تطوير أنشــطة بنــاء الوحدات الصــحية(٨) وتســجيل تقارير عدم رضاء المستهلكين بســبب تخفيض المزايا التي كانت ممولة حكوميا في الســابق، وبســبب نظم التأمين الصحي والوضــع المتدني للأطباء، وسوء جودة الخدمة في المستشفيات والعيادات(٩). أصبحت قضية العنف ظاهرة متزايدة في مرافق الرعاية الصــحية مع تصاعد شــكاوى المشاجرات بين الأطباء والمرضى،

(5) Ibid. page 37.

(6) financing Health Care: Issues and Options for China. Washington DC: The International Bank for, Worls Bank Reconstruction and Development/ the Whrld Bank, 1997.

(7) D. Yu, Changes in health care financing and health status: the case of China in the 1980s. Beijing, Paper in circulation (1992).

(8) L. Pei, Hospital management in a time of change: the need for management training and policy reform in three teaching hospitals in Yunnan (PhD thesis), 1998.

(9) Supra note 3, p. 30

التي سجلتها روابط المستهلكين في الصين، بزيادة وصلت إلى عشرة أضعاف خلال التسعينيات[١٠]. كشف تقرير زيانج وآخرون أن ٦٥٪ من طواقم المستشفيات في منطقتين حضريتين قد تعرضوا إلى صور من العنف البدني والنفسي بسبب عدم رضا المنتفعين عن معايير تقديم الخدمة[١١].

أدت تغيرات التمويل في التسعينيات إلى أن أغلب المستشفيات الحضرية كانت تحصل على نسبة أقل من ١٠ ٪ من مواردها من مخصصات الموازنة الحكومية وحوالي ٦٠٪ من مواردها من بيع الدواء[١٢]. وبسبب هذا الحافز قدَّر الخبراء أن حوالي ٣٠-٤٠٪ من استهلاك الدواء كان غير ملائم أوغير ضروري، وهو ما يساوي تكلفة في العام تصل إلى أكثر من ٣٠ بليون يوان صيني سنويا[١٣].

كانت توابع هذه السياسات مدمرة خاصة في مجال القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق الريفية. زوال الكوميونات الشعبية كجزء من الإصلاح الاقتصادي كان يعني أنه لم يعد هناك نظام لخدمات الرعاية الصحية الريفية. انهار نظام التعاونيات الطبية الريفية (CMS)، وهو نظام تقديم الخدمة الممول والمنظم مجتمعيا الذي قام في الستينيات، تاركا خلفه سكان الريف يدفعون من جيوبهم الشخصية مقابل الرعاية الصحية. تفرق الأطباء الحفاة في الآفاق أو تحولوا إلى أعمال أخرى، وهؤلاء الذين مكثوا في أماكنهم أصبحوا أطباء قطاع خاص في قراهم. تفتت هذا النظام ثلاثي الأضلاع، واختفت أنشطة الإشراف الإكلينيكي، وسادت المنافسة العلاقة بين المؤسسات الصحية على مستوى المناطق الإدارية والمراكز الصحية في

(10) P. Zheng, T. Faunce, et al., "Public hospitals in China: privatisation, the demise of universal health care and the rise of patient-doctor violence." Journal of Law & Medicine (2006) 4, p. 465-70.

(11) Ibid.

(12) D. Dai, "A review of the health care reform (wei sheng gai ge hui gu)". Chinese health Economics 26-28 :2 (1993)

(13) Daily Xinhua News Agency, The waste of health resources is serious (wei sheng zi yuan lang fei yan zhong. (People's Daily Beijing) 1996.

البلدات وتوابعها السكنية. وتدهورت أحوال فقراء الريف بشكل متزايد بسبب التكلفة التي وقعت على كاهلهم نتيجة الأمراض الشديدة(١٤). أصبح نقص الموارد والحوافز المنحرفة والآليات المرتبكة للوظائف الإدارية هي القضايا المحورية في ميدان التنمية الصحية الريفية.(١٥)

وبحلول عام ١٩٩٣، بات عدم الإنصاف بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية ملحوظا(١٦). على سبيل المثال، كان متوسط الإنفاق الصحي للفرد -العام والخاص- ١١٠ يوانات صينية في العام، ولكن متوسط الإنفاق في المناطق الريفية كان ٦٠ يوانا للفرد مقارنة بمتوسط ٢٣٥ يوانا للمناطق الحضرية. أكثر من ذلك، كانت حصة الإنفاق الصحي من التمويل العام أقل في المناطق الريفية من المناطق الحضرية. متوسط الإنفاق الصحي للفرد في المناطق المحددة رسميا بأنها مناطق فقيرة -٢٨ ٪ من كل المناطق الإدارية الصينية- كان أقل من نصف المتوسط القومي، ولكن ٨٠ ٪ من هذا الإنفاق (ضعف المتوسط القومي مرتين) كان إنفاقا من الجيب الشخصي. تنامى عدد المنشآت الصحية بينما انحسرت خدمات الرعاية الصحية الأولية. بين عامي ١٩٧٩، ١٩٩٣، انخفضت نسبة القرى بمنشآت صحية من ٧١ ٪ إلى ٥٥ ٪. بينما ارتفع عدد المستشفيات من مستوى الرعاية الطبية الثالث في المناطق الحضرية من ٩٤٧٨ مستشفى في ١٩٨٠ إلى ١٤٧٧١ مستشفى في ١٩٩٥.

ازدادت الفروق بين الريف والحضر بشكل أكثر وضوحا خاصة في مجال القوى العاملة الصحية؛ حيث كانت فرق الرعاية الصحية الريفية هي الأقل تدريبا. تركزت العمالة المتخصصة في المراكز الحضرية بزيادة تصل إلى ٢٣٤ ٪ في الفترة بين عامي

---

(14) E. van Doorslaer, O. O'Donnell, et al., Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact - EQUITAP Working Paper #2. Rotterdam, Erasmus University (2005).

(15) C. J. Liu, Closing the Gap Between Policy and Reality: A study of community health services in Chengdu and Panzhihua (PhD thesis) (2003).

(16) Social Science Medicine Y. Liu, W. C. Hsiao, et al., "Equity in health and health care: the Chinese experience." 10, (1999) p. 1349 & 1356.

١٩٨٠ و ١٩٩٠ ، وبزيادة أخرى تصل إلى ١١٢ ٪ من عام ١٩٩٠ إلى ١٩٩٥ [١٧]. وفي ظل استرخاء الدولة في توزيع العمالة وبينما تتدنى الدخول وتقوم المؤسسات بنفسها في تدبير مواردها ، أصبح العاملون يفضلون العمل في الأماكن التي تدفع رواتب أعلى في المستشفيات الحضرية[١٨].

ازداد نمو القطاع الخاص في الرعاية الصحية الذي كان يقدم أسعارا تنافسية وخدمات متميزة بالمناطق الأغنى. ورغم زيادة عدد سكان المناطق الحضرية كنسبة من إجمالي السكان ، بسبب التغير في الترتيبات المالية ، مثل نظم التأمينات الحكومية (GIS) ونظم تأمينات العمل (LIS) ، فإن بيانات المسح السكاني بين عامي ١٩٩٣ و١٩٨٨ تشير إلى انخفاض التأمين الطبي في المناطق الحضرية من ٥٤ ٪ إلى ٣٩ ٪ [١٩] وحسب تقديرات البنك الدولي في عام ١٩٨١ ، لم يكن ٢٩ ٪ من سكان الصين مؤمنا عليهم.

تنعكس عدم المساواة بين الريف والحضر وعدم المساواة في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في تأخر الحالة الصحية ورغم تدخلات التنمية الاقتصادية في تحسين معدلات وفيات السكان فإن الفجوة بين سكان الحضر والريف قد اتسعت. تفاقمت الفروق بسبب النوع في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية[٢٠] – خاصة النساء في الريف ، وكذا في معدلات القدرة على الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية[٢١]. كان "المهاجرون" من الريف إلى الحضر أكثر حرمانا من مزايا الرعاية

(17) Ibid

(18) G. Bloom, and X. Gu, "Health sector reform: Lessons from China." Social Science & Medicine p 351-360.

(19) J. Gao, and S. Tang, "Health insurance and hospitalisation in urban China: bending to the wind of change." World Hospitals and Health Services (2000) 3, p. 23-26,36,38

(20) J. Gao, J. Qian, et al., "Health equity in transition from planned to market economy in China". Health Policy and Planning (2002) S1, p. 20

(21) L. Chen, and H. Standing, «Gender equity in transitional China›s health care policy Feminist Economic, p. 189 reforms."

الصــحية المقدمة في الحضر لعدم اسـتحقاقهم لها. وكشفت دراسة أجريت في شنغهاي عن معدلات وفيات أعلى للأمهات والحوامل من المهاجرات بسـبب محدودية ما ينلنه من رعاية ما قبل الولادة(٢٢).

وفيما يتعلق بالبرامج الرأسية في مجال الصحة العامة، أشارت التقارير إلى وجود نتائج سـلبية لصــحة الأم والطفل، وتناقص فــي مظلة التغطيــة بالتطعيمات، وعودة الدرن والبلهارسيا إلى الريف.

وعاود التهديد بانتشــار الإيدز والأمراض المستجدة مثل الأمراض المنقولة جنسيا الظهــور فــي التسـعينيات(٢٣). وكان فقـراء الريف هم الأكثر عرضــة للإصــابة بهذه الأمراض، خلال فترة الانتقال لنظام السـوق بسـبب تدهور خدمات الصحة العامة. تفاقمت الفروق بين الريف والحضـر في القدرة على الوصـول إلى الرعاية الصـحية بسبب تدني القدرة على الدفع مقابل الخدمات الوقائية الأساسية وكانت النساء نسبيا هن الأكثر تأثرا بسبب عدم قدرتهن على الدفع مقابل الخدمة(٢٤).

ظهرت في عام ٢٠٠٣ أزمة حول انتشار السارس، ويمكن تتبع جذور هذه الأزمة مـن خلال تتبع سـوء توظيف النظام الصـحي المعتمد على قواعد السـوق دون تنظيم أو حوكمة رشـيدة. اختفت وظائف الصـحة العامة مثل نظم الرقابة الصحية والتثقيف الصــحي عندما أصـبحت مؤسســات الصــحة العامة تعتمد على الكسـب بنفسها لتنفق، وعندما نفدت مواردها توقفت عن كتابة التقارير الخاصة بحدوث وتطور الأمراض. وعندما أصــبح على عامة الناس أن يدفعوا من جيوبهم للحصول على الرعاية الصحية أجلوا طلب الرعاية الوقائية ولم تعد على أجندتهم أو ليس لها أهمية بالنسبة لهم. إضافة

(22) S. Zhan, Z. Sun, et al., "Economic transition and maternal health care for internal migrantsin Shanghai, China". Health Policy and Planning (2002) S1, p. 47.

(23) L. M. Lee, V. Lin, et al., Public Health in China: history and contemporary challenges. Global Public Health: a new era. R. Beaglehole. (Melbourne: Oxford University Press, 2003).

(24) Ministry of Health (MOH), China national health Survey - the Third NHS Analysis Report. (Beijing: China Union Medical University publisher, 2004), p. 314.

إلى أن تسـجيل المهاجرين الريفيين إلى الحضر لم يكن مسموحا لهم، كأرباب أسر بما يكفل لهم الحصول على استحقاقات الرعاية الصحية. في النهاية تمت السيطرة الناجحة على السارس بسبب المقاربة الجادة السياسية والثقافية الخاصة، وبسبب الحملات التي نشطت عقب الإصلاح الاقتصـادي. قامت النجاحات بناء على البنية المركزية القائمة من أعلى إلى أسفل والمعتمدة على استراتيجية فنية شاملة(٢٥).

حدثت تغيرات في الأخلاقيات الطبية بسـبب الانتقال الأكثر وضوحا في السياسات الصـحية إلى الأسـوأ، جمع ما بين تدنٍ في أجور الأطباء، وتحفيزهم لتحقيق الأرباح من المستشـفيات بالاستخدام المفرط للأدوية مرتفعة الثمن وإجراءات التشخيص غير الضرورية، التي أدت إلى ابتعاد الأطباء عن قيمهم الاجتماعية السابقة في خدمة الناس والتحول إلى الكسب من ورائهم. أطلق الإصلاح الاقتصادي تيار الخلل وعدم ملائمة الممارسة الاجتماعية، وبرزت قيم جديدة مخالفة للقيم التقليدية السابقة(٢٦) (٢٧) (٢٨).

تدابير السياسة الجديدة – مع فشل تشريعات تنظيم مقدمي الخدمة

اسـتدعت الأزمـات المتناميـة داخل النظام الصـحي الدورة الثانية من الإصـلاح الصـحي التي بدأت منذ عام ١٩٩٦، عندما عقد مجلـس الدولة المؤتمر الوطني الثاني للصـحة لمناقشة القضـايا البارزة في قطاع الصـحة. كانت الأهداف الأساسية للدورة الثانية من الإصلاح الصحي كالتالي(٢٩):

---

(25) C. Liu, "The battle against SARS: a Chinese story." Australian Health Review (2003) 3, p. 3-13.

(26) P.-K. Ip, "Developing Medical Ethics in China's Reform Era." Developing World Bioethics (2005) 5(2).

(27) L. Chen and H. Standing, "Gender equity in transitional China's health care policy reforms." Feminist Economics (2007) 3/4, p. 189..

(28) R. Fan, "Corrupt Practices in Chinese Medical Care: The Root in Public Policies and a Call for Confucian-Market Approach." Kennedy Institute of Ethics Journal (2007) 2, 111.

(29) H. Zhao, supra note 3, p. 33.

- تدعيم ديناميكية المؤسسات الصحية العامة من خلال إصلاح نظم الإدارة والخدمات

- رؤية هدف الرعاية الصحية من خلال الرضاء العام عنها وعن طريق تنفيذ الحكومة لسياسات خاصة بالرفاه والتنمية الصحية في اتساق مع الاقتصاد الوطني والتنمية الاجتماعية

- إصلاح مؤسسي يسعى إلى إحداث توازن بين المزايا الاقتصادية والاجتماعية – بكلمات أخرى بوضع المزايا الاجتماعية أولا؛ لمنع الحصول المنفرد على المزايا الاقتصادية

- بحلول عام ٢٠١٠ يجب أن يتسق النظام الصحي مع نظام السوق الاشتراكي.

شددت الأهداف السياسية لوزارة الصحة في الخطة الخمسية (٢٠٠١–٢٠٠٥) لتعكس المناخ الجديد للإصلاح الصحي على تدعيم الصحة الريفية، عبر توفير الخدمات الأساسية والتنمية الجديدة (CMS) والإمداد بخدماتها، والإصلاح القطاعي الصحي (الذي يشمل خطط المناطق الصحية وإدارة المستشفيات ومسئولية الأدوية وإدارتها وتنمية صحة المجتمعات ومقاومة الأمراض الناشئة؛ بما يشمل الإيدز والسارس والدرن والأمراض غير السارية.

ومن خلال التخطيط المناطقي للصحة أعيد النظر في عدم التوازن بين الرعاية الأولية والثالثية، وبين الريف والحضر وما بين الوقاية والعلاج في ظل إرشادات السياسة الصحية الوطنية. وقد طُلِب من المحافظات (المناطق) تطوير معايير التخطيط، ومن المدن تطوير وتنفيذ خطط تمويل غير مركزية، ولكن في غياب منح السلطات أو التفويض بها افتقدت مجالس الصحة في المدينة الإطار التشريعي لتنظيم سوق الرعاية الصحية مما جعل هذه السياسات ليست أكثر من نيات حسنة غير قابلة للتنفيذ[٣٠].

(30) H. Yang, V. Lin, et al., Regional Health Planning. Health Policy In Transition: The Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).

أعلنت الحكومة سياسة تصنيف المستشفيات عام ٢٠٠٠، التي تعالج رسميا قضية السلوك الهادف للربح في المستشفيات ذات "الهوية العامة". صنّفت السياسة المستشفيات إلى منظمات هادفة وغير هادفة للربح، بغرض تحديد الوضع الضريبي للمستشفيات التي كانت تتبع الحكومة سابقا، والتي أصبحت – في الحال– مؤسسات مدارة ذاتيا من الناحية المالية، كجزء من برنامج اللامركزية المالية الذي تأسس في منتصف الثمانينيات. كان المأمول أن سياسة تصنيف المستشفيات سوف توضح التوجه نحو الربح، وتعيد توجيه "سلوك القطاع الخاص". لسوء الحظ، لم تصاحب السياسة بتنفيذ فعال وهكذا بتدابير تنظم سلوك مقدم الخدمة. استمرت المستشفيات في التشغيل طبقا للممارسات الإدارية السالفة بينما تتصرف مثل وكيل قطاع خاص في سوق للرعاية الصحية غير ناضج وبلا ضوابط. سوف يستمر نمط "هوية القطاع العام وسلوك القطاع الخاص" للممارسة الطبية دون وجود أعراف مهنية مقبولة اجتماعيا للخدمات العامة[٣١].

وبينما ظلت المستشفيات تكسب إيراداتها من هامش الربح المضاف على تكلفة الأدوية من أجل تعويض خسارة الدعم المالي الحكومي لها، جاءت سياسة إصلاح إدارة الدواء المقررة في عام ٢٠٠٠ لتقيم فصلاً بين وصف الدواء وصرفه وقطع الصلة بين حوافز الأطباء لوصف أدوية أغلى ثمنا؛ بهدف زيادة ما يكسبونه. ومع ذلك، ارتقت صناعة الدواء في الصين في اتجاه عمليات تشغيل موجهة للسوق في وقت مبكر عن توجه المستشفيات نحو السوق، وتشكلت المشروعات المشتركة مع شركات الدواء متعددة الجنسيات الضخمة وقد مزقت سلسلة التوزيع الحكومية التقليدية للإمداد بالأدوية. امتلأت صيدليات المستشفيات بالأدوية المستوردة المدعومة بالتخطيط التجاري الاستراتيجي والدعاية والإعلان. وبغياب التعويضات الحكومية بالدعم المالي المتزايد للميزانيات والإشراف النظامي استمرت المستشفيات في وصف

(31) H. Yang, V. Lin, et al., Regional Health Planning. Health Policy In Transition: The Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).

أدوية غالية الثمن من أجل تغطية تكلفة عمليات التشغيل الروتينية[٣٢] [٣٣].

أُطلقت الخدمات الصحية المجتمعية في مقاربة جديدة لإعادة بناء الرعاية الأولية وخدمات الوقاية في المجتمعات الحضرية. وفي نفس الاتجاه، ومثل المبادرات الأخرى كانت هناك سياسة لتحسين الإنصاف بزيادة القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الأساسية ولكن الشروط الجوهرية والمنهجية الضرورية لتنفيذ هذه السياسة لم تكن قائمة. أعاق تطور خدمات الصحة المجتمعية، كما كان مُخطَطا لها نقص الأطباء المؤهلين للممارسة -الذين هم محل ثقة المستهلكين- على مستوى المجتمعات، والحاجة إلى مؤسسات بحجم صغير لتجميع الموارد مع الزيادة غير المنظمة نسبيا للقطاع الخاص[٣٤].

إبان الدورة الثانية للإصلاح الصحي، كان هناك اعتراف خطابي بأهمية رؤية الدولة واتجاهات السياسة، ولكن النظام الإداري الصحي ظل كما هو دون تغيير ويعاني من التفتت عبر الوزارات المختلفة، ويعاني كذلك من الصراعات التنظيمية التي ثبت أنها عائق أمام توحيد المنظومة. وعلى سبيل المثال، كانت إدارة نظام التعاونيات الطبية الريفي في مجال نظام الحماية الصحية، يقع تحت إشراف وزارة الصحة، أما برنامج التأمين الطبي الأساسي في الحضر فقد كان يقع تحت مظلة تشريعات وزارة العمل والأمن الاجتماعي، وتقع الإغاثة الطبية تحت ولاية وزارة الشئون المدنية. بمعايير نظام تقديم الخدمة الصحية، برهنت الحدود الصارمة التي تفصل ما بين نظام صحة الريف ونظام الرعاية الصحية المجتمعية في الحضر، مدعومة بالترتيبات المالية والإدارة اللامركزية، على أنها مثلت مانعا للقدرة على الوصول إلى الخدمات أمام السكان الذين زادت الآن حركة تنقلهم جغرافيا. ظل هيكل هذه الكيانات الحاكمة

---

(32) Ibid

(33) H. Zhao, H. Yang, et al., Impact of Hospital regulation policies Health Policy In Transition: the Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).

(34) G. Liu, D. Legge, et al., Community Health Services. Health Policy in Transition: The Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming) (2008).

وكذلك نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية هو نفسه النظام الموروث من الإصلاح المؤسسي الحكومي في ١٩٩٨، ومن غير المرجح إصلاحه مرة أخرى خلال فترة وجيزة من الزمن.

شهدت ملكية المستشفيات في التسعينيات عمليات خصخصة مستترة عند السماح للأقسام الإكلينيكية بالتعاقد الخارجي، وبالتوازي مع ذلك؛ خصخصت الحكومات المحلية المستشفيات القروية رسميا من أجل التخفف من العبء المالي لدعم الخدمات الصحية الذي نتج عن لامركزية الإدارة[٣٥]. تسببت تلك التغيرات في توسيع التفاوت في القدرة على الوصول إلى الخدمات وقوضت جودة الخدمة. حتى الأطباء الصينيون لم يرضوا عن أنفسهم، ولا عن نظام الرعاية الصيني، ولا عن حياتهم المهنية[٣٦]. كتب الأطباء تقارير عن همومهم في مسألة الجودة والأمان، خصوصا في نمو القطاع الخاص بلا ضوابط جيدة. شهد عقد من الإصلاح منذ ١٩٩٦ كثيرا من النقد أكثر من النجاحات. أعلن تقرير مركز أبحاث التنمية التابع لمجلس الدولة في ٢٠٠٥ بشكل فعال أن إصلاحات الثمانينيات والتسعينيات كانت فشلا. نتيجة لذلك، برز موضوع التمويل الصحي في مرتبة عالية من أولويات الحكومة في ٢٠٠٦. ويعود ذلك إلى أن التحليل قد أظهر أن الحكومة قد استمرت بشكل ثابت في تخفيض دورها المالي في القطاع الصحي خلال العقدين الماضيين (انظر جدول ٣). فمع اللامركزية المالية منذ أوائل الثمانينيات، انخفض الإنفاق الحكومي على الصحة بشكل ثابت من ٣٧ ٪ عام ١٩٨١ إلى ١٨ ٪ في ٢٠٠٦، بينما زادت النفقات الصحية الخاصة بشكل ثابت من ٢٤٪ في ١٩٨١ إلى ٤٩ ٪ في ٢٠٠٦.

ومع التسليم بأن النظم الصحية المدارة والمدعومة بواسطة الدولة تنتج حوافز سلبية، وترفع من نفقات الجيب الشخصي عاليا، قدم القطاع الخاص الناشئ وسيلة أرخص وهكذا وسيلة أيسر للوصول إلى الرعاية الصحية. يلعب القطاع الخاص دورا متزايدا في خدمات العيادات الخارجية على سبيل المثال، رغم أن هذه الخدمات

(35) W. Tam, Privatising Health in China: Adverse consequences and De-Privatisation. Conference on Reasserting the public in Public Service Delivery. National University of Singapore (2007).

(36) M.-K. Lim, H. Yang, et al., "China's evolving health care market: how doctors feel and what they think." Health Policy (2004) 69, p. 329-327.

غيـر مدرجة في أي مزايا تأمين اجتماعـي. والأمر هكذا، يخدم القطاع الخاص أوليا المرضى الذين يدفعون نفقاتهم بأنفسهم؛ ومع ذلك يبدو أن القطاع الخاص يخدم بشكل غير متناسـب الفئات الدنيا من الشـريحة متوسـطة الدخل أكثر مـن خدمة الفئات ذات الدخـول العالية والاعتقاد هو أن ذلك يعود إلى تكلفته المنخفضـة نسـبيا(٣٧). ورغم أن ذلك حقيقي، الشعور العام بالقطاع الخاص هو أنه ذو جودة إكلينيكية أدنى، حتى رغم وأن كان الاتجاه العام لخدمته ولطواقم العمل به نحو المستهلكين أفضل(٣٨).

جدول رقم ٣: الإنفاق الصحي الكلي في الصين من عام ١٩٨١ إلى ٢٠٠٦ (بالمليون دولار، والأسعار الحالية)(٣٩)

السنة	الإنفاق الصحي الكلي	الإنفاق الصحي$/ رأسمال	الحكومي*	٪ من الإنفاق الكلي	مجتمعي*	٪ من الإنفاق الكلي	الفرد*	٪ من الإنفاق الكلي
1981	9391	9.38	3500	37	3662	39	2230	24
1985	9501	8.98	3666	39	3132	33	2703	28
1990	15625	13.67	3915	25	6128	39	5582	36
1995	25807	21.31	4638	18	9194	24	11974	58
2000	55405	43.71	8571	16	14157	26	32677	58
2006	123477	93.94	22314	18	40279	33	60884	49

* الحكومي يعني الإنفاق الحكومي الكلي على الصحة، والمجتمعي يعني مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي والصور الأخرى منه، والفرد يعني النفقات الصحية الخاصة

أصـبح انحسـار الثقة في النظام الصـحي تحديا كبيرا، أمام الحكومـة في محاولتها اسـتعادة الخدمات الطبيـة التعاونية في الريف (CMS) على أسـاس قاعدة مسـاهمات طوعية متواضعة من الفلاحين. أكثر من ذلك، أدت فترة الانتقال الاقتصادي السريع إلـى أفول المسـتوى المجتمعي للرأسـمال الاجتماعـي، وهو ما يزيـد التأثيرات على استعداد الفلاحين للانضمام(٤٠).

(37) Y. Liu, P. Berman, et al., "Health care in China: the role of non-government providers." Health Policy (2006) 2, p. 212-20.

(38) M. K. Lim, supra note 36.

(39) China National Health Economics Institute, Chna national Health Accounts Report 2007.

(40) L. Zhang, H. Wang, et al., "Social capital and farmer's willingness-to-join a newly established community-based health insurance in rural China." Health Policy (2006) 76, p. 233-242.

بعض النجاحات في زيادة القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية

ورغم هذه الخيبات، هناك بعض النجاحات أثناء فترة الإصــلاح الصحي الثانية، تشير إلى طريق المستقبل. ويتعلق ذلك بشكل رئيسي بالتدابير المتخذة لتقليل الحواجز الماليــة أمام القدرة على الوصــول إلى الرعاية الصــحية، خصوصــا بالنســبة للفقراء وبالنسبة لسكان الريف.

أُعلِنــت الخطــة الطبية للتعاونيــات الريفية الجديدة (NCMS) فــي عام ٢٠٠٣، بعد ســنوات عديدة من التجارب الاسترشــادية. وبناء على خطة التعاونيات الطبية القديمة أثنــاء فترة الاقتصــاد المخطط، قبلت الحكومة في النهايــة أن التحويلات المالية ما بين قطاعــات الحكومــة باتت أمــرا مطلوبا. معدل المســاهمة باليوان الصــيني لكل منزل فــي الخطة التأمينية الجديدة هو أن الحكومة المركزية تســاهم بأربعين يوانا، وتســاهم الحكومة المحلية بأربعين يوانا أخرى، ويســاهم الفلاحون بعشــرة إلى عشرين يوانا، حيث تهدف السياســة إلى الوصول للتغطية الكاملة بحلول عام ٢٠١٠. وكون مساهمة الحكومة أكبر من مســاهمة أســر المنازل فذلــك علامة موجهة للمجتمــع المحلي على أن الحكومة تدرك مســئوليتها عن الرعاية الصــحية الأولية. ومع ذلك، تبقى القضايا المفتوحــة عالقة مثل مصــداقية مقدمي المجتمع فــي عيون المجتمــع، وخطة الإدارة السليمة، ومهاجري الريف العاملين في المناطق الحضرية.

بدأت التجربة الاسترشادية لنظام التأمين الطبي الأساسي في الحضر لتغطية موظفي القطاع الرسمي أوليا في عام ١٩٩٤، وتوسعت التجربة في عام ٢٠٠٠. نظام التأمين الطبي لأســر المنازل، الذي يهدف لتغطية أفراد العائلة الصغار وسكان الحضر الذين لا يعملون ولا يغطيهم النظام أوليا، بدأ في ٢٠٠٧ بدعم مالي حكومي؛ يســاهم بحوالي ٦٠ يوانا للأســرة المنزليــة الواحدة. وقد نبع هــذا النظام من التجارب الاسترشــادية

التي اقترحت تحسينات في إنصاف القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية(٤١) (٤٢) (٤٣). مرة أخرى، لم تغط خطة التأمين الحضرية أيضا هذه الفئات من العمالة الريفية المهاجرة التي تعمل في المناطق الحضرية. تأسست شبكة أمان صحي لكل من فقراء الريف وفقراء الحضر. خضع صندوق الإغاثة الطبية بنجاح لتجارب في العديد من المجتمعات المحلية الريفية والحضرية عبر البلاد(٤٤) (٤٥). تجهز حاليا وزارة الشئون المدنية وثيقة للسياسات لتؤسس رسميا أسلوب إدارة عمليات صندوق إغاثة طبية. الحكومة أيضا، إضافة إلى تحسين قدرة الوصول إلى الرعاية الصحية، استجابت إلى أزمة الصحة العامة بتدابير مالية إضافية تتضمن العلاج المجاني لفيروس الالتهاب الكبدي الوبائي والدرن والوصول المجاني لرعاية ما قبل الولادة.

تناولت الحكومة أيضا إصلاح الموارد البشرية، بالتعاقد مع مديرين بناء على الجدارة والاستحقاق. شهدت بعض المناطق الريفية بعض النجاحات في ذلك(٤٦)، ولكن سؤال كيف يكون ذلك ناجحا ما زال دون إجابة حتى هذه اللحظة. ورغم ذلك، مع اتخاذ الحكومة للقرار في عام ٢٠٠٢ بتوفير تحويلات مالية ما بين الهيئات الحكومية لنظام تعاونيات الريف الطبية الجديد، من الممكن أن نرى موقف السياسات على

---

(41) G. Liu, Z. Zhao, et al., "Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China." Social Science & Medicine (2002) 55, p. 1779-1794.

(42) G. G. Liu and Z. Zhao, "Urban employee health insurance reform and the impact on out-ofpocket payment in China." The International Journal of Health Planning & Management (2006) 3, p. 211.

(43) J. S. Akin, W. H. Dow, et al., "Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey." Social Science & Medicine (2004) 2, p. 293.

(44) X.-M. Sun, H. Liang, et al., "Survey for the medical financial assistance schemes of the urban poor in Shanghai." International Journal of Health Planning and Management (2002) 17, p. 91-112.

(45) Z. Zhang, L. Fang, et al. The Rural Health Protection System in China. Health Policy in Transition: The Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).

(46) Y. Liu and G. Bloom, Rural Health System Reform in Poverty Areas. (Beijing: Peking University Press (forthcoming)).

أنه شكل من أشكال التراجع عن الخصخصة. بدأت الحكومات المحلية على مستوى المناطق الإدارية الصغيرة في إعادة تأكيد سيطرتها على العيادات والمراكز الصحية بالقرى والبلدات(٤٧). تمول الميزانيات الحكومية بالكامل بعض الخدمات الصحية في الريف الآن. دخلت بعض التشريعات التنظيمية لضمان هامش ربح للأدوية يساوي صفرا.

التطورات والجدالات الحالية في إصلاح السياسات

انطلقت الجولة الثالثة من الإصلاح باتحاد بين تقرير مركز أبحاث التنمية التابع لمجلس الدولة عام ٢٠٠٧، والنداء العام المجتمعي الداعي لتخفيض العبء الذي يتحمله الأفراد عند سعيهم لتلقي الرعاية الطبية، ووسائل الإعلام التي تقود النقاش العام حول القضايا الصحية، والخبراء الذين يقدمون أدلة الإصلاح الصحي في كل من الصين والخارج. أيضا أخذ السياق السياسي الجديد بيد الموجة الثالثة من الإصلاح الصحي يدلها على الطريق، وبعد التغير الحكومي في ٢٠٠٣، والعزم الجديد على الاستثمار في القطاعات الاجتماعية (بالتماشي على نفس خط الدعوة لبناء مجتمع منسجم ومفهوم التنمية العلمية).

ورد بشكل صريح في الخطة الخمسية الحادية عشر (٢٠٠٦-٢٠١٠) مفاهيم مثل التوجه الاجتماعي لاشتراكية السوق "التي تتمحور حول الشعب"، وفكرة "دولة صغيرة ومجتمع كبير"، وهي الخطة التي استهدفت وضع الشعب أولا؛ وتغيير مفهوم التنمية؛ وتنفيذ "التوازنات الخمس" (أي، التوازنات بين: أوضاع الريف والحضر، والمناطق الجغرافية المختلفة، والقيم الاجتماعية والاقتصادية، والبيئة الطبيعية والاصطناعية، والتنمية الداخلية والانفتاح فيما وراء حدود الصين). فيما يبدو أنه

---

(47) W. Tam, Privatising Health in China: Adverse consequences and De-Privatisation. Conference on Reasserting the public in Public Service Delivery. National University of Singapore, 2007

في الصين الآن، أصبحت دستورية "مؤسسات السوق"، و"حكم القانون" هما غايتا السياسة الوطنية الرئيسية لمدة نصف القرن القادم"(٤٨).

يوجد الآن بالنسبة للحكومة اتفاق من حيث المبدأ بزيادة تمويل الصحة العامة والرعاية الصحية الأولية، ومن المرجح أن الحكومة سوف تتبنى استراتيجيات تمويل كل من جانبي العرض والطلب. في ٢٠٠٨، سوف تنطلق خطة الجولة الثالثة من الإصلاح الصحي بعد المؤتمر الشعبي الوطني في مارس. من المتوقع أن الحكومة سوف تنظم مناقشة مفتوحة عبر الوطن كله قبل الانتهاء من ترتيبات خطة الإصلاح. هدف الإصلاح هو تقديم تغطية بخدمات صحية أساسية شاملة لكل الشعب الصيني بحلول عام ٢٠٢٠. يتضمن ذلك أربعة عناصر:

- تطوير نظام صحة عامة يحافظ على استدامة التمويل الكامل لمؤسسات الصحة العامة حتى تقدم خدماتها دون رسوم على المستخدم.

- تدعيم نظام تقديم الخدمة الصحية في المناطق الريفية والمجتمعات الحضرية وتطوير منشآت لخدمات صحية أساسية ملائمة تستطيع تقديمها بتكلفة منخفضة.

- إصلاح إدارة المستشفيات ونظم تشغيلها وضمان أن المستشفيات العامة تعمل لمصلحة الخير العام، أي حظر الطلب الذي يخلقه جانب العرض من أجل التربح.

- تطوير نظام حماية صحية، يتكون بشكل أساسي من ثلاث خطط تأمينية، تأمين طبي أساسي (BMI) للمستخدمين في الحضر بمن فيهم موظفو الخدمة المدنية، وتأمين طبي للمناطق السكنية الحضرية للفئات السكانية الحضرية غير المنظمة، ونظام التعاونيات الطبية الجديد في الريف للمزارعين. إضافة إلى ذلك تطوير نظام إغاثة طبية بواسطة وزارة الشئون المدنية لفئات السكان محدودة الدخل.

(48) M. Wang, "The phase change: development trend and policy orientation of the Chinese economy (zhong guo jing ji de jian duan bian hua, fa zhan qu si he zhen che fang xiang)." China Development Review (2002) 1, p. 1-18.

تتركز هذه الأجندة السياسية على التمويل الصحي مع الاعتراف بأن تدخل الدولة مطلوب لتصحيح فشل الأسواق. إلا أنه من المنظور المالي، لا زالت هناك عناصر يبدو أنها تحتاج لمزيد من التفكير. تأسس نظام التعاونيات الطبية الجديد والتأمين الطبي الأساسي على قواعد إعادة توزيع محدودة عبر فئات السكان، والتغطية موجهة أوليا للأمراض الكارثية التي تتطلب دخولاً بالمستشفى والإقامة بها. من وجهة نظر الإنصاف والتضامن الاجتماعي، هناك سؤال حول المدى الذي يقطعه الدعم المالي لكل أشكال الرعاية الصحية للفقراء والفئات الضعيفة من السكان.

ورغم قرارات السياسة العامة من حيث المبدأ بالنسبة للحكومة لتمويل الصحة العامة والرعاية الأولية، هناك قليل من النقاش حول كيف نضمن الكفاءة والفعالية والإنصاف في النظام الصحي من خلال وظائف الشراء، سواء بواسطة الدولة أو بواسطة أي مشتر آخر (مثل التأمين الصحي أو صناديق الإغاثة الطبية). دون استخدام واعٍ ومخطط للروافع التمويلية سوف يصبح من الصعب بالنسبة للحكومة تحقيق أهداف السياسات على مستوى النظام ككل المتعلقة بالاستخدام الكفء للموارد المحدودة والمتعلقة بالتوزيع المنصف للمنافع.

وهكذا، ربما يتعرض نجاح هذه الإصلاحات للمخاطر إذا ما كان التركيز محصورا في التمويل الصحي فقط. إلى اليوم، لا نعطي سوى أهمية محدودة للروابط المطلوبة عبر جانب الطلب وتدابير جانب العرض، وحول قضايا الحوكمة. ما زالت الحكومة تستكشف المقاربات الفنية للتمويل إما من خلال جانب العرض أو جانب الطلب، ولكنها تحتاج إلى التفكير في كيفية ضمان الجودة والقدرة المنصفة على الوصول إلى الرعاية الصحية، وتحسين النتائج الصحية، وكيف يمكن دمج كل ذلك في خدمات الشراء الحكومية. بل إن مقاربة الشراء يجب أن تصاحبها علاقة تباعد بمسافة ما بين الحكومة ومقدمي الخدمة، مع ترتيبات حاكمية مستقلة للمستشفيات والخدمات الصحية الأخرى. يظل إطار عمل تشريعي عفي وشامل غائبا عن الصورة بالنسبة للنظام الصحي. للصين قانون صحي شامل في حد ذاته؛ إلا أن هناك قدرا تاما من عدة قوانين لأقسام في قطاعات معينة مثل قانون صحة الأم والطفل، وقانون الغذاء والدواء،

وقانــون الطبيب. تحتــاج هذه القوانين إلى أن تدخل في ضــفيرة واحــدة لمعالجة كل جوانب حاكمية وأداء النظام الصــحي. ربما يمثل قانون الرعاية الصحية الأولية محل التداول الآن فرصة لتأسيس إطار عمل تشريعي تنظيمي للصحة مهما ظل الجدل يتركز حول مســتويات تمويل الصحة. غياب ترتيبات تشــريع تنظيمي فعالة، سواء بواسطة الحكومة أو من خلال مؤسســات اجتماعية أخرى، خصوصــا لســلوك الأطباء، يمثل فجوة كبيرة أخرى في السياســات. الانتقال من نظام يقوم على أساس الحكم الإداري إلى نظام يقوم على أســاس حكم السوق لم يكن ســهلا قط. تفتقد الصين أدوات تشريع تنظيمي ونظم مراقبة ومتابعة للتشريع.

بوجود آليات تشــريعية تنظيمية أو بدونها، من الضروري إعطاء مزيد من الانتباه لتشكيل الأخلاقيات والقيم في التعليم الطبي وطواقم العمل الصحية بشكل أكثر عمومية. غيّر الإصــلاح الاقتصادي الموّجه نحو الســوق بشكل جوهري من قيمة المجتمع، بما فيها قيمة قوة العمل الصــحية. التحدي الكبير أمام الإصــلاح الناجح هو إعادة الحيوية لمهنــة الطب، وإعادة زرع الثقة في نظام الرعاية الصــحية، وضــخ شــكل جديد من الأخلاقيات الطبية التي سوف تتشكل في اقتصاد السوق إلى جانب البناء على الأعراف الاجتماعيــة التقليديــة. مــن الممكن دعم القيــم الكونفشيوســية التقليديــة الداعية للخير والإحســان بمكافآت وافية ومحظورات ملائمة ضــد البحث عن التربح[٤٩]. الانسجام والتنميــة الموجهــة للفرد هــي منظور فلســفي جديد يمثــل قواعد الارتكاز للسياســات الحكومية الحالية. بالنســبة لقوة العمل الصــحية، يجب أن يُصــاحَب التمويل الحكومي المتزايد والتعديلات في هيكل حوافز الأطباء بقانون للسلوكيات المهنية.

يتطلــب الانتقال إلى نظام اقتصــاد الســوق أيضــا إعادة ترتيب للعلاقــة بين الدولة والمجتمع المدني، ومن ضــمنها عملية صنع السياسات. لكنه حتى الآن ما زال تطور صوت المجتمع المدني وتمثيله محدودا. سوف يكون ضروريا استقبال آراء المواطنين والإجابة عنها من أجل اســتعادة الثقة في نظام الرعاية الصــحية ومن أجل مشــروعية

(49) R. Fan, "Corrupt Practices in Chinese Medical Care: The Root in Public Policies and a Call for Confucian-Market Approach." Kennedy Institute of Ethics Journal (2007) 2, p. 111.

السياسة الصحية الحكومية. وقد يعني هذا تغييرا اجتماعيا عميقا ينتج في النهاية منافع في مجال التحسين والإنصاف الصحي.

إلى أين تاليا؟

انطلقت التنمية الصحية في الصين منذ تأسيسها في عام ١٩٤٩ في ثلاث موجات من الإصلاح الصحي، في بدايات الثمانينيات وفي ١٩٩٦ وفي ٢٠٠٨. باختصار:

أثناء فترة الاقتصاد المخطط بين ١٩٤٩ و١٩٧٩، قامت التنمية الصحية في الصين على تطوير منشآت خدمات صحية أساسية وموارد بشرية ونظام للتأمين الصحي يقوم على العمالة. كان التشديد على الإنصاف والتوافر والقدرة على الوصول كمستهدفات أولية للتنمية في القطاع الصحي. كانت الثورة الصحية الأولى ناجحة في الصين من خلال تقديم الرعاية الصحية الأولية ومكافحة الأمراض المعدية (السارية).

استهدفت الموجة الأولى من الإصلاح الصحي في ١٩٨٠-١٩٩٥ تشجيع كفاءة مقدم الرعاية الصحية من خلال استراتيجيات استرداد النفقات وتدابير أخرى تتوجه نحو السوق من أجل تخفيض التمويل الحكومي. كانت النتائج ارتفاع التكلفة، وانخفاض جودة الرعاية إلى جانب ازدياد الفروق بين الريف والحضر في توزيع موارد الرعاية الصحية واستخدام الخدمات الصحية. بمنتصف التسعينيات واجهت الصين عديدا من التحديات الصحية مصحوبة بزيادة نسبة كبار السن والتحول الوبائي في الأمراض، خصوصا ما يتعلق بالإنصاف الصحي.

استهدفت الموجة الثانية من الإصلاح الصحي بين عامي ١٩٩٦-٢٠٠٧ استمرار الإصلاح المتوجه نحو السوق ولكن من أعلى إلى أسفل. فشل هذه الموجة يرتبط بنظم الإدارة الصحية المفتتة بشكل بيروقراطي وعدم كفاية التمويل الحكومي للخدمات (البضائع) العامة الجوهرية، مما أدى إلى زيادة انعدام الثقة في نظام الرعاية الصحية.

بدأت الجولة الثالثة من الإصلاح الصحي في ٢٠٠٨ وشددت على الدور التمويلي للحكومة. قد يكون الإصلاح الصحي الحالي علامة فارقة بالنسبة للصحة في الصين

بســبب مناقشــاته الفنية الجادة والدعــم المالي الــذي تقدمه الحكومة وبســبب الالتزام السياسي من القيادة العليا.

حدثت مشــاكل القطاع الصــحي الصــيني، لأن دوافع الإصــلاحات الأولية كانت نابعة من الضــروريات الاقتصادية الكلية، أكثر من كونها نابعة من اعتبارات السياسة الصحية. وقد أدت هذه الإصــلاحات الاقتصادية ليس فقط إلى مشاكل في القدرة على الوصــول إلى الرعاية الصحية، والتكلفة والجودة، ولكنها أدت أيضا إلى خسارة الثقة في القطاع الصــحي. تغلب الاهتمام والحاجة إلى توليد إيرادات على التوجة الأخلاقي التقليــدي. الأطر التشــريعية التنظيمية المحدودة والمصــحوبة بمســئولين منخفضــي المؤهلات ومنخفضــي الأجور، نتج عن هذا الوضع سوق بلا ضوابط حقيقية للرعاية الصحية.

تســتهدف الإصــلاحات الحالية إزالة الموانع المالية أمام القدرة على الوصول إلى الرعاية الصــحية، مع انتباه خاص للفقراء. التحويلات الماليــة بين الهيئات الحكومية هي خطوة ضرورية من أجل تنفيذ إطار عمل سياسي مشترك في اقتصاد السوق. ومع ذلك يأتي التمويل الحكومي كاستجابة ناقصة. يتطلب استعادة مصداقية وشرعية النظام الصــحي تدابير من الحكومة تعالج شــئون الإنصــاف. يتطلب إعادة تأسيس الثقة على مستوى اللقاء الإكلينيكي بين الطبيب ومريضه مقاربة تنمية لوائح تنظيمية غير رسمية، تُنفَّذ من خلال المؤسسات الاجتماعية التي لم تنشأ بعد.

من أجل التركيز على أبعاد الإنصــاف في السياســات الصحية الحالية، يجب تكييف المعايير القياســية للنزاهة(٥٠) بشــكل مفيد لأنماط الإصلاح في الصين. تزودنا المعايير الــواردة في الجدول (٤) بإطار عمل نافع لضــمان تبني مجموعة متوازنة من التدابير السياسية، بدلا من التركيز بشكل أحادي على التمويل. توفير بيانات المتابعة والرقابة للمجتمع سوف يحفز المواطن على المشاركة ويعمل على استعادة ثقته.

---

(50) N. Daniels, W. Flores, et al., "An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health sector reform in developing countries." Bull World Health Org. (2005) 7, p. 7-14.

الجدول رقم ٤: المعايير القياسية للنزاهة(*)

مستهدفات النزاهة	المعيار الذي نقيس عليه
الإنصاف	صحة عامة عبر التنسيق ما بين القطاعات
	الموانع المالية للقدرة المنصفة على الوصول للرعاية الصحية
	الموانع غير المالية للوصول إلى الرعاية
	مزايا شاملة والتصنيفات
	تمويل منصف
الكفاءة	الفعالية والكفاءة وتحسين الجودة
	الكفاءة الإدارية
القابلية للمحاسبة	القابلية للمحاسبة والتمكين الديمقراطي
	الإدارة الذاتية للمريض ومقدم الخدمة

وحيث إنه لا يوجد نموذج لإصلاح صحي ناجح في العالم، قد تعرض التنمية الصحية والإصلاح الصحي في الصين نفسها لمراجعة العالم النقدية لتجربتها. مع التحرك إلى المستقبل في سياق تدابير سياسة الإصلاح الجديدة، سوف يظل السؤال المثار يدور حول ما إذا كانت مؤسسات السياسة القديمة (ونفس تصميم نظام الرعاية الصحية) سوف تظل ملائمة في السياق الاقتصادي والاجتماعي الجديد. في أيام الاقتصاد المخطط، أدير النظام الصحي بطريقة القيادة والتحكم. في اقتصاد السوق الاقتصادي، مع التسليم بمزيج القطاع العام/القطاع الخاص، ما هي أدوات السياسة المطلوبة، خصوصا إذا ما رغبنا في تحسين الإنصاف الصحي والإنصاف الاجتماعي؟ من سوف يشارك في حوكمة النظام الصحي وكيف سوف نستمع إلى تنويعة من الأصوات؟ إذا لم تحدث التغيرات في عملية صنع السياسة وترتيبات الحوكمة، ما هي التكلفة التي سوف يتحملها المجتمع والاقتصاد؟ لا نستطيع بعد كتابة أجوبة هذه الأسئلة ولكن فقط عندما يوجد وعي بالإنصاف وبالمشاركة وبالثقة في المؤسسات العامة نستطيع أن نبدأ في مخاطبة هذه القضايا.

(*) Ibid.

الفصل الثاني عشر

الوصول إلى الرعاية الصحية في كوريا

مينه كانج كيم (Minah Kang Kim)

مقدمة

كان عـام ٢٠٠٧ هو العـام الثلاثين لميلاد نظـام التأمين الصـحي الوطني (NHI) في كوريا. بنت كوريا خلال الثلاثين عاما الماضـية نظام أمن صـحي شـامل بشـكل لافت للنظر. الآن، تقريبا كل السـكان مُؤمَّن عليهم تحت مظلة التأمين الصـحي الوطني[1]، أو المعونة الطبية (Medical Aid)[2]. إلا أنه يجدر ذكر أن كثيرًا من الانتباه في أحد المؤتمرات الأخيرة المقامة للاحتفال بالعيد الثلاثين، انصـب على مشـاكل عدم كفاية وعدم إنصاف القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية في نظام الرعاية الصحية حاليا في كوريا.

يحصـل كل شـخص على تغطية إلزامية، مـع نظام تأمين اجتماعي شـامل، لذلك يصبح من المدهش استمرار وجود مشاكل عدم كفاية هذه التغطية. تعتبر القدرة الشاملة على الوصـول في معظم الأنظمة الصحية سمة جوهرية لنظم الرعاية الصحية لضمان تغطية سـكانها وقدرتهم على الوصـول إلى الرعاية، ولذلك، مـن المعتقد أن هذا هو الهدف الذي يسـعى أي نظام صـحي لتحقيقه. يحدد ميثاق الاتحاد الأوروبي للحقوق

---

(١) برنامج التأمين الصحي الوطني في كوريا هو أحد الأجزاء الكبرى من نظام التأمين الاجتماعي الكوري. من المتوقع أن برنامج التأمين الصحي الوطني تحت إشراف وزارة الصحة والرفاه الاجتماعي الكورية سوف يضمن القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية للمرضى الكوريين. تُقدم المنافع التأمينية بواسطة تمويل هيئات القطاع الخاص المتعاقدة مع هيئة التأمين الصحي الوطني الكورية. القيد بالتأمين الصحي إلزامي لكل الكوريين المقيمين داخل الحدود الوطنية. حتى ديسمبر ٢٠٠٧، غطى نظام التأمين الصحي حوالي ٤٧٨٢٠٠٠٠ كوري من مجمل مجموع السكان البالغ عددهم ٤٩٦٧٢٠٠٠ نسمة (٩٦,٣٪).

(٢) برنامج المعونة الطبية كجزء من برنامج المساعدة العامة الكوري، هو برنامج تأميني عام يغطي تكلفة الرعاية الصحية للسكان الأصليين أو الذين ينتمون إلى شريحة ذوي الدخل المنخفض. حتى ديسمبر ٢٠٠٧، يغطي هذا النظام نحو ١٨٥٢٠٠٠ (٣,٧٪) من السكان.

الجوهرية (مادة ٣٥) أن "لكل شخص الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية الوقائية والحق في الانتفاع بالعلاج الطبي في ظل شروط تؤسسها القوانين والممارسات الوطنية". وبالمثل، في كوريا، يُكلف مواطنو كوريا بالدخول تحت تغطية التأمين الصحي الوطني (أو المعونة الطبية للفقراء)، ويضمن القانون شمولية الوصول إلى الرعاية الصحية.

ومع ذلك، ما نراه على السطح لا يمثل بالضرورة الحقيقة التي تكمن تحته. يفسر تقرير الوصول إلى الرعاية الصحية[٣] بذكاء هذا التناقض بالإشارة إلى الفروق بين التغطية والقدرة على الوصول إلى الرعاية. وعندما نعي مصطلح التغطية "الشاملة"، فنحن نفترض أن القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية مصونة داخل النظام، ونعتبر أن "التغطية" و"الوصول إلى الخدمة" هما نفس الأمر. إلا أنه عندما نلق بنظرة أعمق في هذه الحقيقة، نستطيع اكتشاف أنه في العديد من الحالات "التغطية الشاملة" و"القدرة المضمونة على الوصول" ليسا دائما مترادفين. نستطيع التقاط عديد من الحواجز التي تعرقل الوصول إلى الخدمات، وقد تكون هذه الحواجز قائمة في نظام تغطية شاملة.

كوريا هي نموذج طيب على ذلك. فلا زالت حصة واسعة من المرضى، حتى في ظل مخطط تأمين صحي شامل، تتحدث عن ارتفاع قيمة الفواتير الطبية بحيث تمثل عبئا حادا يثقل ظهورهم[٤]. لا تغطي حزم المنافع التأمينية بعض الخدمات الحرجة[٥]، وما زال نظام المشاركة في التكلفة يمثل سعرا عاليا وعبئا ثقيلا بالنسبة للعديد من الناس. ونتيجة لذلك، تصل مصاريف نفقات الجيب الشخصي في المتوسط إلى

---

(٣) يفحص التقرير قضايا الوصول إلى الرعاية الصحية والترتيبات الرسمية للرعاية الصحية عبر الحدود بين الدول الأعضاء العشرة في الاتحاد الأوروبي. الدول التي تعرض لها التقرير هي النمسا وبلجيكا وفرنسا وألمانيا والمجر وأيرلندا وإيطاليا وهولندا وبولندا والمملكة المتحدة (مع التركيز على إنجلترا وأيرلندا الشمالية).

(٤) في مسح (سوه وآخرون ٢٠٠٧) شاملا عينة قومية ممثلة مكونة من ٢٠٠٠ كوري، أجاب ٤٠ ٪ من أفراد العينة بأن الفواتير الطبية تمثل عبئا اقتصاديا جديا بالنسبة لهم. وأجاب ٥٤٪ من العينة بأن فواتير العيادات الخارجية وفواتير دخول المستشفى كانت مرتفعة بشكل غير مبرر بالنسبة لهم.

(٥) في نفس المسح أجاب ٦٠ ٪ من العينة بأن برنامج التأمين الصحي الوطني لا يغطي العديد من العلاجات والخدمات الطبية.

حوالى نصــف التكلفة الإجمالية للرعاية الصحية. لا تتوزع الخدمات الصحية جغرافيا بشكل منســجم، حيث يجد البعض مصاعب في الوصول إلى الرعاية الصحية أكبر من الآخرين. أكثر من ذلك، ينتج عن نقص التنسيق في تنظيم وتشغيل نظام تقديم الخدمة متاعب أخرى للوصــول إلى الخدمات، مثل قوائم الانتظار الطويلة لخدمات مســتوى الرعاية الطبية الثالث. ورغم الاســتحقاقات المتســاوية، تتحدث عديد من الدراســات عن حالات متكررة وموثقة لعدم القدرة المتســاوية في الوصــول إلى خدمات الرعاية الصحية الضرورية وما ينتج عنها من أضرار على الحالة الصحية والأخلاقيات.

وما يســاوي ذلك بنفس القدر هو اعتقادنا في وجود تغطية شــاملة، وهي التي شتّت انتباهنا عن حقيقة اســتمرار وجود فجوة في تغطية نظامنا الصــحي – فئات سكانية فيما يُســمى "المنطقــة الميتة". أولئك الناس الذين يحصــلون على دخــول بالكاد فوق خط الفقــر، وبالتالي غير مؤهلين لاســتحقاقات برامــج المعونة الطبيــة ويكابدون عوائق مريرة للوصــول إلى خدمات الرعاية الصــحية الضرورية. إضــافة إلى ذلك، أولئك الناس الذين ليس لديهم وضــع سكني ثابت (اللاجئون وغيرهم ممن فشل في الحصول على حق اللجوء والإقامة) إلى جانب المهاجرين غير الشــرعيين، كل هذه الفئات تظل دون تغطية ولا قدرة كافية على الوصول إلى الرعاية الصحية.

هدف هذه الدراســة هو تحليل التطورات الســابقة والوضع الحالي لنظام الرعاية الصحية، فيما يتعلق بالقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في كوريا الجنوبية. تبدأ الدراســة بمناقشــة عامة حول مسألة الوصــول إلى الرعاية الصــحية من الزاوية النظرية وتقدم إطار عمل للتحليلات اللاحقة. وبناء على ذلك نناقش في هذه الدراســة عديــدا من المؤشــرات التي تقيس القدرة على الوصــول إلى الرعاية الصــحية. وبعد نظرة عامة سريعة لنظام الرعاية الصحية في كوريا كبيئة للسياسة العامة، نقوم بتحليل الوضــع الحالي للوصول إلى الرعاية الصحية. وأخيرا، نعرض في قسم الاستنتاجات التقييم الكلي للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في نظام الرعاية الصحية الحالي في كوريا، مع مناقشة حول بقية قضايا النظام وتحدياته في المستقبل.

"الوصول إلى الرعاية" كسياسة عامة وكقضية تشريع

منذ ميلاد نظام التأمين الطبي الإجباري في ١٩٧٧، تفرط أجندة السياسة الصحية الكورية في التركيز على شمولية مخطط التأمين الصحي الوطني (NHI). في هذا العام، بدأ النظام بتأمين طبي إجباري لمشاريع الأعمال الواسعة التي يعمل بها ٥٠٠ مستخدَم أو أكثر وحقق النظام التغطية الشاملة في ١٩٨٩، فقط بعد ١٢ عامًا من بدايته.

في يوليو ٢٠٠٣، تكاملت تماما صناديق التأمين الصحي المنفصلة بين برامج التأمين على المستخدمين وبرامج صغار أصحاب الأعمال الذين يعملون عند أنفسهم، ليتحقق التكامل الهيكلي والموضوعي للنظام. ورغم هذا الإنجاز المرموق، كان النظام لا يزال ناقصا عند الوضع في الاعتبار ضمان كفاية وإنصاف القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وبالتالي الوفاء بما تتعهد به التشريعات من "حماية صحة المواطن".

وربما يكون سوء الفهم المتكرر؛ لاعتبار أن مفهومي التغطية والقدرة على الوصول يتماثلان هو ما يخلق جزئيا هذه الفجوة. ولهذا الحد، انصب اهتمام مجتمع وضع السياسات في كوريا داخل دائرة التوسع في التغطية التأمينية، أولا في تغطية السكان ثم مؤخرا في مسألة التغطية بالمنافع التأمينية بناء على تأكيد أن تغطية بالتأمين العام الشامل سوف تضمن لكل شخص قدرة كافية ومنصفة للوصول إلى الرعاية. ومع ذلك، علق بيبودي وآخرون بجدارة في تقييمهم لنظام الرعاية الصحية في كوريا "حيث إن التغطية الصحية هي فعليا شاملة في كوريا، تصبح الإجابة على القضية الحاسمة: كيف يؤدي هذا النظام وظائفه؟ أسهل بفحص مسألة القدرة على الوصول إلى الرعاية بدلا من النظر في أمور التغطية. وعند فحص القدرة على الوصول، يبدو أن عديدا من الفئات تنال أقل مما تستحق". طبقا لتصريح بيبودي هذا، نستطيع ملاحظة أنه رغم خطة التأمين الشامل، تنال حصة ذات شأن من السكان أقل مما يجب، وهم بالاسم الأشخاص تحت خط الفقر، وأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية إلى جانب فئة كبار السن.

يشير تقرير "القدرة على الوصول" للرعاية الصحية إلى أن مثل هذا التشوش حول هذه القضية ليس حالة فريدة ولكنها ملاحظة شائعة، ويقرر أن:

"بناء على التعريف الفضفاض لمصطلح التغطية الشاملة، افترضوا أن القدرة على الوصول سوف تكون قائمة، على أساس أن "القدرة على الوصول" و"التغطية" هما نفس الشيء. إلا أن التغطية والقدرة على الوصول ليست نفس الشيء، والعوائق - أو بشكل أكثر تحديدا "المشقة" - في الوصول إلى الخدمات قد تكون قائمة رغم وجود التغطية الشاملة".

ويتوسع التقرير في الإشارة إلى أنه حتى في وجود التغطية الشاملة، قد لا يكون الوصول إلى الرعاية الصحية مضمونا نتيجة لأسباب متنوعة، مثل استثناء بعض الخدمات الضرورية من حزم الخدمات التأمينية، وعدم إتاحة الخدمات رغم النص عليها في قائمة حزم الخدمات التأمينية، وسياسات المشاركة في تحمل التكلفة المرهقة، والحواجز الجغرافية للوصول إلى الخدمات والحواجز التنظيمية وحواجز التشغيل مثل قوائم الانتظار.

أكثر من ذلك، يبدو أن الانتباه القليل الممنوح لقضية القدرة الكافية والمنصفة للوصول إلى الرعاية في مجتمع وضع السياسات الكوري ينبع أيضا من الممارسة الحالية التي تعرّف مفهوم "الوصول إلى الرعاية" بمفردات ضيقة. يحيط التعريف الموسّع بأبعاد متعددة، تتضمن حزمة الخدمات الشاملة، وعدم وجود عبء اقتصادي أو القليل منه للوصول إلى الخدمة، وحواجز جغرافية في حدودها الدنيا، إلخ. بتطبيق هذا المفهوم الرحب للقدرة على الوصول، يصور تشخيص موسيالوس في ٢٠٠٧ لنظام الرعاية الصحية الكوري واقعة مماثلة تلفت انتباهنا. ففي تقييمه للنظام الصحي الكوري في أبعاده الثلاثية -الطول والعرض والارتفاع- يوصف النظام بأنه نظام ذو تغطية واسعة للسكان، يقدم خدمات ضحلة مع وجود عنصر المشاركة في التكلفة مرتفع.

في كوريا، يخوِّل الدستور استحقاق الحق في الصحة للمواطنين، الذي ينص على أن "تحمي الدولة صحة كل المواطنين"[6]. يعلن القانون الأساسي للصحة

(6) Constitution Article 36: Marriage, Family, Mothers, Health. http:// www.servat.unibe.ch/icl/.

ومادة الطب رقم ١٠ أيضـا أن كل المواطنين لهم حقوق صـحية تحميها الدولة وحقهم في الصـحة لن يخضـع لتمييز بناء على النوع أو السـن أو المكانة الاجتماعية أو الدين أو الوضـع الاقتصـادي. في نفس القانون تنص المادة رقـم ٤ على أن كلا من الدولة والحكومة المحلية مسـئولتان عن الوفاء بالاحتياجات الطبية الأساسـية؛ بين المواطنين بالتسـاوي. وفي نفس الوقت، يجـب أن تخطط الدولـة والحكومـات المحلية وتنفذ خطط السياسـة، من أجل تقديم خدمات طبية كافية للفئات الضـعيفة من الناحية الطبية وخصوصا لكبار السن وذوي الإعاقات والعمال والطلبة والنساء والأطفال[٧]. أيضا، يجـب أن تخطط الدولة والسـلطات المحلية لتوزيع متسـاوٍ وكافٍ للموارد الطبية عبر المناطق والأقاليم[٨] وخلال فترة معينة[٩].

علـى الأقـل طبقا للقانون، كل مواطن كوري له ضـمان الوصـول إلى والانتفاع بخدمات الرعاية الصحية، بغض النظر عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي والإقليمي. وكما نصـف في القسـم التالي، هذا الكلام دقيق بشكل سطحي لكنه ربما يكون مُضلِلا. المشـكلة الأكثر جوهرية هنا هي أنه رغم هذا الاسـتحقاق، نفتقد توافقا اجتماعيا على ما يمثل القدرة "الكافية والمتساوية" لخدمات الرعاية الصحية "الضرورية".

مؤشرات قياس القدرة على الوصول للرعاية الصحية

في هذا القسـم، نقيم الوضـع الحالي للقدرة على الوصـول إلى خدمات الرعاية الصحية بمجموعة من المؤشـرات. يسـمح لنا التقييم المنهجي لحجم والطبيعة المتغيرة لمشـاكل القدرة على الوصول وأسبابها وتأثيراتها بالتحرك لما يتجاوز الوصف الفارغ والمنقول غالبا للتغطية التأمينية، ويفترض ما يجب علينا صـنعه بوجه خاص لتحقيق هدف القدرة المتسـاوية، والكافية للوصول إلى الرعاية. وعلى وجه الخصـوص، المؤشرات التي تقوم على أساس الأبعاد المتعددة للوصول تسمح لنا بأن نركز بؤرة اهتمامنا على ظروف الجزء غير الظاهر من المجتمع، التي تسود بين الفئات الضعيفة والعرضة للمخاطر.

---

(7) The Basic Law on Health and Medicine Article 45, No. 1

(8) Ibid

(9) Ibidem and No 2

في هذا القسم، نقيم القدرة على الوصول عبر ثلاث نقاط على مسار حركة عملية تقديم الرعاية الصحية – الهياكل والاستخدام والمخرجات. أولا: لنفحص الجانب البنيوي لنظام الرعاية الصحية، مثل تغطية السكان بالتأمين الصحي وتغطية حزم الخدمات وترتيبات المشاركة في تحمل التكلفة والحواجز الجغرافية(١٠).

ثانيا: تقاس القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية بشكل غير مباشر بواسطة قياس استخدام خدمات الرعاية الصحية (utilization) – كم قدر الخدمات المُستخدَمة وما هي، وإذا ما كان نسق استخدامها كافيا ومنصفا أم لا. ونتيجة لمحدودية البيانات، كان من الصعب تحديد القدرة على الوصول إلى الخدمات الملائمة والسليمة، وتحديد ما إذا كان المُقدَم منها كافيا سواء من ناحية الكم أومن ناحية النوع، ومن هنا تم استبعاد ذلك من هذه الدراسة. بدلا من ذلك، تم استعراض آخر ما تراكم من دراسات حول انعدام المساواة في كمية الخدمات الطبية المُستخدَمة. أيضا، اُستخدِمت إجابات الاستبيانات حول "الاحتياجات التي لم تُوَف" و"الرعاية المُؤجلَة" لتقييم ما يشعر به الناس من قدرة على الوصول إلى الخدمات الضرورية. ورغم تعرض هذه الطريقة في استخدام الاستبيانات لتقييم "القدرة على الوصول إلى الرعاية" للنقد لعدم موضوعيتها (subjectivity)، فقد اُستخدِم هذا الأسلوب مرارا؛ لأنه من الممكن بهذه الإجراءات الإمساك بخبرة الناس الواقعية إلى جانب فهمهم وقلقهم من مضار المرض(١١). وأخيرا، تقييم الاتجاهات والتغيرات في عدم الإنصاف في الحالة الصحية على كلٍ من المستويين القومي وبين الفئات ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المختلفة؛ حتى نلاحظ عواقب عدم كفاية وعدم إنصاف القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في النظام.

---

(١٠) تم تعريف القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في تقرير الوصول إلى الرعاية الصحية بمعايير ستة حواجز: تغطية السكان والتغطية بالمنافع والمشاركة في التكلفة والحواجز الجغرافية والحواجز التنظيمية واستخدام الخدمات. في هذه الدراسة استخدمت نفس مقاربة التقرير لكني لم أضم إليها الحواجز التنظيمية مثل قوائم الانتظار، حيث إن ذلك قليل الأهمية نسبيا في النظام الصحي الكوري. سوف تأتي تفاصيل كل مؤشر منهم في القسم التالي من التحليل.

(11) the MEPS (Medical Expenditure Panel Surveys), the CTS (Community Tracking Surveys), and the NHIS (National Health Interview Studies) include questions on “unmet needs” and “delayed care” as subjective measures of access to care.

نظام الرعاية الصحية في كوريا

يتسم نظام الرعاية الصحية الكوري بمزيج فريد من تقديم خدمات الرعاية الصحية والتمويل الصحي. وبناء على الميراث التاريخي والثقافي للمسئولية الفردية عن الصحة والولاء للأسرة، إلى جانب المطالب الجماهيرية المتزايدة لحماية أفضل من الأمراض غير المتوقعة، تطور نظام فريد حيث تُقدَم الخدمات الصحية بواسطة القطاعات التجارية وتمول بآليات شبه تجارية (semi-commercial) أو خليط من الخاص والعام. في الجدول رقم ١، نستطيع ملاحظة نسق من تقديم الخدمات والتمويل يتبع تصنيف إيسنج أندرسن لدول الرفاه (Esping-Andersen ١٩٩٠). يشيع استخدام التمويل العام لتقديم القطاع الخاص للخدمة فيما تُسمى بلدان الديمقراطية المسيحية. يوجد مزيج التمويل العام لتقديم القطاع العام للخدمة بين بلدان الديمقراطية الاشتراكية. مزيج الخاص-العام في مجالي التمويل وتقديم الخدمة هو ممارسة شائعة بين الدول الليبرالية مثل الولايات المتحدة وهولندا.

الجدول 1: تصنيف نظم الرعاية الصحية في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية طبقا لمصدر التمويل وتقديم الخدمة

		تقديم الخدمة		
		عام	مختلط	خاص
التمويل	عام	أيرلندا وإسبانيا والدنمرك وفنلندا والبرتغال والنرويج والسويد وإيطاليا والمملكة المتحدة	بلجيكا وفرنسا وألمانيا والنمسا ولكسمبورج واليابان ونيوزيلندا	
	مختلط		الولايات المتحدة وكندا وهولندا واليونان	كوريا

المصدر: (Kim 2007)

ملاحظة: تصنيف المخطط التمويل للنظام كتمويل "عام" إذا ما كان أكثر من ٧٠٪ من التمويل يأتي من مصادر تمويل عامة. وبالمثل تصنيف تقديم الخدمة كمقدم خدمة قطاع خاص إذا ما كان أكثر من ٧٠٪ من المستشفيات في البلد مستشفيات يقوم بتشغيلها "قطاع خاص".

كوريا نموذج فريد لنظام التأمين الصحي الشامل، حيث يعتمد تقديم الخدمة على القطاع الخاص بالكامل بينما يأتي التمويل في شكل مزيج بين العام والخاص. في

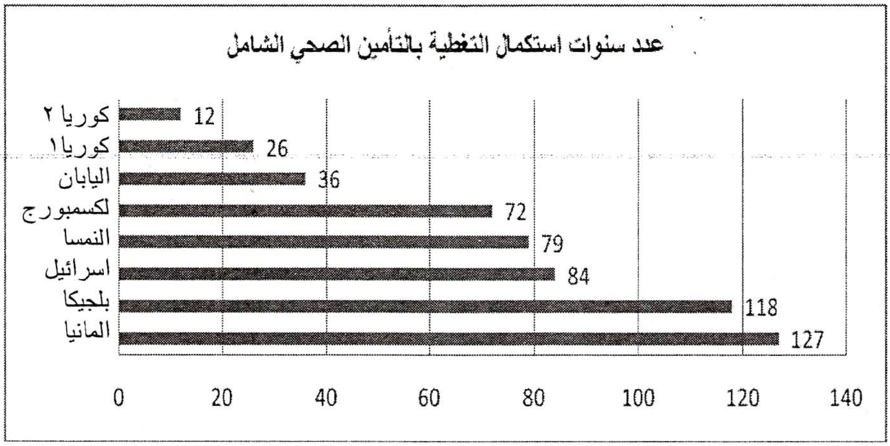
كوريا تُقدَم معظم خدمات الرعاية الصحية بواسطة مقدمي خدمة من القطاع الخاص. تمثل أسـرّة مستشفيات منشآت القطاع الخاص نسبة أكثر من ٩٠ ٪. ملكية المستشفيات والعيـادات تقريبا حصـرية في القطاع الخاصـ. في معظم الحـالات، يملك الأطباء ويديـرون هذه المنشـآت. يلعب القطاع العام دورا هامشـيا في تقديـم الخدمة. تقديم القطاع العام للخدمة محدود جدا ويستهدف الفئات الأكثر حرمانا.

فيمـا يتعلـق بالتمويل، تحافظ كوريا على اسـتمرار نظام تأمين صـحي قطاع عام إلزامي، يغطي كل السكان بمخطط تأميني قطاع عام واحد. وقد أنجز البلد هذا النظام في فترة قصـيرة من الوقت بشكل ملحوظ، تقريبا خلال عقد واحد، بين عامي ١٩٧٧ و١٩٨٩ (شـكل ١). نشـأت أصـول نظام التأمين الصـحي الوطني من قانون التأمين الطبي، الذي شُـرِّع في عام ١٩٦٣. خلال هذه الفترة، كانت كوريا بلدا فقيرا متخلفا بمـوارد مالية محدودة؛ حيث كان الناتج المحلي الإجمالي بالنسـبة للفرد لا يزال تحت ١٠٠ دولار، وبالتالي، بدأ النظام التأميني على قواعد الطوعية لمشاريع تستخدم ٣٠٠ عامل أو أكثر.

فيمـا بعد، في يوليو ١٩٧٧، أطلقت الحكومة برنامج التأمين الطبي الشـامل بضـم مشاريع الأعمال الكبيرة التي تستخدم ٥٠٠ عامل أو أكثر. ومع الامتدادات التدريجية ولكن السريعة لتغطية المشاريع الأصغر والأقسام الأخرى من السكان – من الشركات كبيرة الحجم إلى المتوسطة فالصغيرة، من المُستخدَمين إلى الأفراد الذين يعملون لدى أنفسـهم، ومن المدن إلـى المناطق الريفيـة، اكتمل الأمن الطبي لكامل السـكان عام ١٩٨٩.

قبل عام ١٩٨٩، قامت ٢٢٧ جمعية تأمين طبي إقليمية و١٣٩ جمعية تأمين طبي في أماكن العمل إضـافة إلى جمعيات التأمين الطبي لمدارس الطب الحكومية والخاصــة. بحلـول عـام ٢٠٠٠، بعد فترات طويلـة ومؤلمة من الجدل، اندمـج النظام في نظام تأميني واحد، هيئة التأمين الصحي الوطني الكبرى (NHIC)، وهكذا انتهت هيكليا حقبة تعدد الجهات التأمينية. وأخيرا في يوليو ٢٠٠٣، تكاملت الصـناديق التأمينية المستقلة

بيـن البرامج التأمينية للمسـتخدَمين وبرامج من يعملون لدى أنفسـهم، ليكتمل التكامل البنيوي والموضوعي للنظام.



المصدر: Carrin and James 2005

ملاحظة: كوريا 1 تعني كوريا في السنوات ما بين 1963 و1989. وكما وصفنا سالفا أن نظام التأمين الصحي الوطني قد بدأ على أساس طوعي. كوريا 2 تعني عدد السنوات بين عامي 1977 و1989 عندما بدأ نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي.

ومع ذلك إنجاز مثل هذا النظام الكبير للسياسات العامة في مثل هذه الفترة القصيرة مـن الزمن يحتوي تقريبا دائما مناطق ضـعف منهجية. في كوريا، نتج عن هذا التبني السـريع لنظام تأمين صحي شـامل بموارد اقتصادية وبشـرية محدودة النتائج طويلة المـدى، مثل الاعتماد الشـديد على القطاع الخاص من أجل تقديـم الخدمة والتمويل. وفي ظل نظام للرسـوم شديد السيطرة- وهو ما اعتبروه نظاما ضروريا لمنع الزيادة السـريعة فـي إنفاق الرعاية الصـحية- مع آليات دفع الرسـم مقابل الخدمـة (fee-for-service)، قام مقدموخدمة القطاع الخاص بالتوسع في نظام صحي علاجي حصريا - لتزيد عدد مرات زيارة العيادات ودخول المستشفى إلى جانب تكثيف الخدمات المقدمة دون أي شواهد على الفعالية الإكلينيكية أو الكفاءة مقابل التكلفة (cost-efficiency).

أيضـا مـال القطاع الخاص في تقديمـه للخدمة مدفوعا بحوافز اقتصـادية قوية إلى التركيـز على الخدمـات التي يتولد عنها أعلـى الأرباح وإلى الرعايـة العلاجية عالية التكلفـة. لا تغطـي حزم المنافع التأمينية بعض هذه الخدمات وهكذا يصـبح الوصـول إليها متاحا فقط؛ لمن يسـتطيع الدفع. في مناخ تتزايد فيه التكنولوجيا الطبية غالية الثمن وتصبح الخدمات الصحية العلاجية هي السائدة، مصحوبة برسوم خدمة أعلى وتغطية غير كافية، ينحرف النظام الصحي تدريجيا بعيدا عن الوفاء باحتياجات الفقراء والفئات منخفضـة الدخل ويتراجع التوسـع في الرعاية الوقائيـة والتعزيزية. ومع ذلك، فور تأسيس برنامج التأمين الصحي، أصبح من الصعب الوقوف في وجه هذا التيار، نتيجة للمصالح الكبيرة في البنية السياسـية والاقتصادية لعملية تقديم الرعاية الصحية. وعلى الأخص، تلعب الجمعيات المهنية الطبية القوية أدوارا رئيسية في الحفاظ على استمرار النظام الحالي.

عدد العمليات القيصرية بين عدد من البلدان المختارة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (لكل 1000 مولود حي)

البلد	المعدل
كوريا	(2004) 352.3
بلجيكا	(2004) 177.6
الدنمرك	(2005) 194.4
فنلندا	(2002) 163
إيطاليا	(2004) 374.5
المكسيك	(2005) 392
هولندا	(2004) 136.4
النرويج	(2004) 152
السويد	(2003) 172
المملكة المتحدة	(2005) 233
الولايات المتحدة	(2004) 291
متوسط المنظمة	(2005) 239.3

Source: OECD Health Data, 2007

أكثر من ذلك، فيما يتعلق بتعويضات معدلات السداد المنخفضة لمقدمي الخدمة، ضوابط تقديم الخدمة الصحية في نظام الرعاية الصحية الكوري تتواجد في حدها الأدنى. على سبيل المثال، تسمح الحكومة بشكل مبهم بفرض رسوم استشارة خاصة (مبلغ زائد يُدفع للإخصائيين وقدامى الأطباء ذوي الخبرة) والتوصية المتكررة لخدمات وطرق علاج خارج حزمة منافع التأمين الصحي الوطني والتي تساعد في توليد الأرباح الباهظة. نقص التخطيط واللوائح التنظيمية لعملية تقديم الخدمة الصحية أحدث تزايدًا حادًا لعمليات شراء وانتشار التكنولوجيا الطبية في كوريا. في ٢٠٠٥، عدد أجهزة الأشعة المقطعية بالكمبيوتر (computerized tomographs) لكل مليون شخص بلغت ٣٢,٢ -زيادة من ١٢,٢ في ١٩٩٠- وأجهزة أشعة الرنين المغناطيسي (MRIs) لكل مليون شخص زادت من ١,٤ في ١٩٩٠ إلى ١٢,١ في ٢٠٠٥. ذلك جعل كوريا بلدا رائدا بمعايير تبني التكنولوجيا الطبية لتساير اليابان. والمثال الآخر هو المعدل العالي للغاية للجراحة القيصرية في كوريا (جدول ٢). من بين بلدان مُختارة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، يأتي ترتيب كوريا ثالث أعلى بلد، بعد المكسيك وإيطاليا. الزيادة المزعجة في حجم وكثافة كلٍّ من الخدمات التأمينية وغير التأمينية هي المسئولة عن المزيج المشوه الحالي للرعاية الطبية من أجل العلاج، الذي يساهم في الزيادة السريعة لإنفاق الرعاية الصحية، إلى جانب العبء المالي الباهظ الذي يثقل كاهل المرضى. وبصورة عامة بينما يتوسع نظام الرعاية الصحية الكوري ويرتقي ظاهريا طوال الثلاثين عاما الماضية، لا يزال النظام يتعرض للاستهجان والتنديد بوصفه "ناجح جزئيا"، ولعدم فعاليته في مخاطبة المشاكل الجوهرية لعبء المريض العالي وضحالة التغطية.

الوضع الحالي والاتجاهات السابقة للقدرة على الوصول إلى الرعاية في كوريا

تغطية السكان

نظام التأمين الصحي الوطني الكوري يغطي جميع السكان بمخطط تأمين صحي عام وإلزامي. طبقا لقانون التأمين الصحي الوطني، الذي صدر في ١٩٩٩، "سوف

يصبح الوطنيون الكوريون الذين يسكنون البلاد"، ما عدا أولئك الذين نحددهم، "مُؤمَّن عليهم أو يعتمدون على التأمين الصحي" (الفصل الثاني. مادة ٥). وبحلول ٢٠٠٦، تجاوز عدد السكان الذين يغطيهم التأمين الصحي الوطني ٤٧ مليون شخص، بنسبة ٩٦,٣ ٪ من مجموع السكان. برنامج المعونة الطبية يغطي النسبة الباقية ٣,٧٪، حوالي ١,٧ مليون من الأسر منخفضة الدخل (جدول ٣). يُصنِّف الأشخاص الذين يغطيهم التأمين الصحي الوطني إلى شريحتين: المُستخدَمين الذين يعملون لدى أنفسهم. يصنِّف القانون العمال وأصحاب العمل في كل أماكن العمل –ما عدا العاملين باليومية بأقل من ٨٠ ساعة في شهر العمل– والموظفين العموميين، ومُستخدَمي المدارس ومن يعولونهم كمُستخدَمين.

من النزاهة تقرير أنه بعد ميلاد نظام التأمين الصحي الوطني، حدث تحسن ملحوظ في القدرة على الوصول إلى الرعاية الطبية وانخفاض في عبء التكاليف الطبية الواقعة على السكان. زاد عدد الناس الذين غطاهم التأمين الصحي العام من ٨,٨ ٪ من مجمل السكان في ١٩٧٧ وبلغ ٩,٣ ٪ في ١٩٩٠. في عام ٢٠٠٠، أصبحت نسبة التغطية ٩٦–٩٧ ٪. أجرى معهد التنمية الكوري بحثا في ١٩٧٥ جاء فيه أن نسبة من أصيب بمرض ولم يستطع استخدام أي خدمات طبية بلغ حوالي ٤٠ ٪ على المستوى الوطني. بعد تنفيذ برنامج التأمين الصحي الشامل، زاد الاستخدام الطبي بمعدلات مدهشة. تكشف مقارنة إحصائيات المسح الذي أُجري في ١٩٧٥ و٢٠٠٦ أنه خلال الثلاثين عاما الماضية، نسبة المرضى غير القادرين على الحصول على الرعاية الطبية الضرورية انخفض من ٤٠ ٪ إلى ٧ ٪ من عينة المسح.

ورغم ذلك، الحماية الفعلية للقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية لبعض الفئات الضعيفة ما زالت غير كاملة. والأجدر بالملاحظة هو أن الناس في "المنطقة الميتة" –فجوات التغطية– للحماية الاجتماعية، بسبب عدم مقدرتهم على دفع الاشتراك الأولي للتأمين. وأوردت التقارير أن حصة كبيرة من الأسر الفقيرة غير المؤهَّلة للاستحقاقات –التي تقع بالضبط فوق خط الفقر وهكذا لا تستحق الحصول

على خدمات برنامج المعونة الطبية، أو تلك الأسر التي يعولها عائل من أحد أفرادها، ولكنها في الواقع لا تستطيع الحصول على أي دعم– أو تلك الأسر الفقيرة، التي هي حاليا فوق خط الفقر، ولكنها انزلقت إلى أسفل خط الفقر بسبب نفقاتها الطبية؛ لا تجد حماية كافية لقدرتها على الوصول إلى الرعاية عندما يحتاجونها.

الجدول ٣: تغطية السكان بالتأمين الصحي الوطني الكوري (الوحدة: ١٠٠٠ شخص، ٢٠٠٦)

	الجهة التأمينية	المُؤمَّن عليهم	عدد الأفراد	النسبة
	إجمالي السكان		٤٩٢٣٨	
برنامج التأمين الصحي الوطني	إجمالي المؤمن عليهم		٤٧٤١٠	٩٦,٣٪
	الهيئة الوطنية للتأمين الصحي	الموظفون من يعمل عند نفسه	٢٨٤٤٥ ١٨٩٦٥	٥٧,٧٪ ٣٨,٦٪
برنامج المعونة الطبية	الحكم المحلي	المنازل منخفضة الدخل	١٨٢٩	٣,٧٪

Source: MOHW White Paper, 2006

على سبيل المثال، طبقا للمادة ٤٨(٣) من قانون التأمين الصحي الوطني، "قد لا تقدم الشركة الكبرى منافع تأمينية للمُؤمَّن عليه الذي يتأخر في دفع مساهماته... ويظل الأمر كذلك حتى يدفع ما عليه من متأخرات كاملة". في ٢٠٠٦، تحدثت التقارير عن أن حوالي ٢ مليون أسرة متأخرة عن دفع مساهماتها لأكثر من ثلاثة أشهر.

طبقا لمسح صحي عن المتأخرين في دفع اشتراكاتهم الأولية لأكثر من ثلاثة أشهر، قرر حوالي ٨٦,٤ ٪ منهم أن الأعباء الاقتصادية كانت السبب الأكبر لهذا التأخير. وقرر ٣٤ ٪ منهم أنهم لا يستطيعون زيارة الطبيب أو الذهاب إلى الصيدليات وقال ٢٥,٥ ٪ إنهم اضطروا إلى تسديد كامل النفقات من جيوبهم الشخصية. ومؤخرا، بناء على مسح للمنازل المتأخرة في دفع الاشتراكات الأولية، دافع لي (٢٠٠٧) بأن إعانة الاشتراك الأولي المالية للفقراء وفئات الدخل المنخفض، سوف تزيد من القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية إلى درجة غير متناسبة من السكان. وأيضا، معايير التأهل لاستحقاقات برنامج المعونة الطبية كشبكة أمان صحية هي غالبا محل انتقاد

بسبب عدم انفتاحها بدرجة تتناسب ووظيفة البرنامج. أكثر من ذلك، من المعروف أن الإجراءات الإدارية المطلوبة حتى تصبح منتفعا ببرنامج المعونة الطبية معقدة وتجري دون تنسيق كاف[١٢]. يغطي برنامج المعونة الطبية فقط ٣,٧ ٪ من إجمالي السكان في النظام الحالي، بينما تُقدَّر نسبة السكان تحت ١٣٠ ٪ من خط الفقر بين ١٠٪ و١٥ ٪، وهكذا يغطي البرنامج فقط ما بين ثُلث إلى خُمس السكان المعوزين.

في الأزمنة الحديثة، صار من شئون السياسات العامة معالجة قضية نقص قدرة المهاجرين غير الشرعيين على الوصول إلى الرعاية الصحية. فقد زاد عدد الأجانب والمهاجرين بمعدلات سريعة من ٥٠ ألفا (١,٠ ٪ من السكان) في ١٩٩٠ إلى ٩١٠ آلاف (١,٨٨ ٪ من السكان) في عام ٢٠٠٦، مع استبعاد الموجودين في البلاد دون وثائق. الآن، أصبح من الممكن تغطية الأجانب ببرنامج التأمين الصحي الوطني بعد استيفاء شروط معينة من أجل القيد به. أظهرت التقارير في ٢٠٠٥ أن التأمين يغطي ٢١٥١٩٨ أجنبيا، منهم حوالي ١٤٣٨٣٣ تأمينا ذاتيا و٥٥٢٣٨ تأمين مُستخدَمين. ورغم التغيرات الأخيرة في القانون في ٢٠٠٦، الذي وجه التغطية التأمينية الإجبارية لأصحاب العمل أو للمستخدَمين في أماكن العمل بكوريا، من المقدر أن حصة المُؤمَّن عليهم بين الأجانب سوف تتوقف عند حوالى ٦٠ ٪ من المؤهَّلين لذلك.

التغطية بالمنافع التأمينية

تعاود بين الحين والآخر، قضية كفاية التغطية بالمنافع التأمينية لبرنامج التأمين الصحي الوطني احتلال مكان بارز في أجندة السياسة الصحية، ويعود ذلك لأن البرنامج قد بدأ بسياسة تضع أولوية للتوسع في تغطية السكان، على حساب التغطية بمنافع تأمينية شاملة. في نظم التأمين الصحي الاجتماعي، حزم المنافع ليست مجرد

---

(١٢) وحيث إن برنامج المعونة الطبية هو جزء من برنامج حماية الحد الأدنى من وسائل المعيشة في نظام الرفاه الاجتماعي الكوري الموجه للفقراء، يعمل البرنامج ويدار بشكل منفصل عن برنامج التأمين الصحي الوطني. لذلك، تقوم السلطات المحلية بتحديد المستحقين للانتفاع ببرنامج المعونة الطبية، بينما إدارة وتشغيل النظام هي مسئولية هيئة التأمين الصحي الوطنية.

قائمة من الخدمات والعلاجات التي يغطيها التأمين. ولكنها تعيين ما يمثل "استحقاقات المواطنين في الرعاية الصحية"، وهي مؤشر رئيسي لتحديد ما إذا كان التأمين الصحي الوطني يلتزم عن حق بأدواره الكبرى في ضمان المستوى اللائق من القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية للمُؤمَّن عليهم أم لا.

طبقا للمادة ٣٩ من قانون التأمين الصحي الوطني، معايير منافع التأمين الصحي فيما يتعلق بأساليب الرعاية الصحية، وإجراءاتها ومجالها وسقفها إلخ، تتحدد بواسطة لوائح تنظيمية تصدرها وزارة الصحة والرفاه الاجتماعي. فالمنافع تخضع لمعايير قياسية محددة وهي نفسها بالنسبة لكل الأشخاص.

لا توجد فروق بين منافع التأمين الصحي الوطني وبرنامج المعونة الطبية. وبشكل أساسي، تُستبعَد من قائمة المنافع خدمات علاج الأمراض التي لا تسبب صعوبات في الأنشطة اليومية أو في العمل -مثل جراحات التجميل والندوب وحب الشباب والعنّة والشخير البسيط- طبقا للمادة ٣٩ (٣). ومع ذلك، في الواقع العملي، لا يوجد في قائمة التغطية بالمنافع الحالية عدد من العلاجات والخدمات الضرورية للشفاء الطبي، وهكذا نفرض عبئا خطيرا على المرضى وأسرهم.

طبقا للقانون، تُقسَّم الخدمات خارج التغطية التأمينية إلى شريحتين: "مُرخَّص بها" و"انتقائية". الخدمات المُرخَّص بها هي تلك الخدمات الضرورية طبيا وذات كفاءة منسوبة لتكلفتها وغير مدرجة في حزم منافع التأمين الصحي الوطني لأسباب مالية. تشمل الأمثلة الخدمات الوقائية والغرف ذات الرسوم الإضافية وبعض العلاجات الشرقية، إلخ. تشير الخدمات الانتقائية إلى الخدمات والعلاجات الطبية غير المُرخَّص تقديمها للمرضى بعد. الأمثلة على ذلك هي العقاقير دون اسم التأمين الصحي عليها والأساليب التقنية، والإجراءات الطبية الجديدة لأسباب تتعلق بعدم التحقق من أمانها ومن جدوى فعاليتها منسوبا للتكلفة.

في كوريا، كانت القرارات التي تتعلق بالخدمات والعلاجات المسموح بها داخل

حـزم منافع التأمين تُتخَذ بناء على أسـباب مالية وسياسـية، بدلا من الشـواهد العلمية التي تؤكد جدوى الفعالية منسـوبا إلى التكلفة، خصوصـا في سـنوات التأمين الوطني الأولى.(١٣) وكما أشـار إيكيجامي في دراسـته المقارنة بيـن نظامي اليابان وكوريا، إلى تميُّز قرارات التغطية التي لا تُتخذ بناء على الشـواهد الموضـوعية بالضعف؛ لأن مقدمي الخدمة أساسـا يسـتطيعون إقناع المرضى بشراء خدمات خارج التغطية؛ حتى يحصـلوا بها على نتائج أفضـل. وحيث إن هذه الخدمات الموجودة خارج التغطية هي أغلـى ثمنا وفي العادة أكثر ربحية لمقدمي الخدمة، فذلك سـوف يلقي بعبء ثقيل على كاهل المرضـى الذين لا يمتلكون معرفة وفهما كافيا لمرضهم ليتخذوا قرارهم الخاص وبالتالي يتبعون نصـيحة طبيبهم ويشترون تلك الخدمات خارج التغطية، التي أوصى بها الطبيب.

جدول 4: اتجاه دفع المريض من الجيب الشخصي طبقا لنوع مقدم الخدمة (2004-2006)

النوع	2004			2005			2006		
	القطاع العام	مشاركة المريض	خارج التغطية	القطاع العام	مشاركة المريض	خارج التغطية	القطاع العام	مشاركة المريض	خارج التغطية
الإجمالي	61.3	23.1	15.6	61.8	22.5	15.7	64.3	22.4	13.3
مستشفيات متخصصة	43.8	20.8	35.4	52.9	17.7	29.4	57.2	16.9	25.9
المستشفيات الكبرى	51.7	22.6	25.7	55.3	21.2	23.5	59.5	20.6	19.9
المستشفيات	51.6	22.8	25.6	55.4	19.4	25.2	56.6	19.9	23.5
العيادات	67.5	24.3	8.2	64.4	23.6	12.0	69.1	22.8	8.1
مستشفيات الإسنان	22.2	16.9	60.9	35.7	24.3	12.0	23.6	15.5	60.8
عيادات الأسنان	38.3	15.5	46.2	47.5	19.9	32.6	45.4	19.6	35.0
مستشفيات الطب الشرقي	20.6	9.4	70.0	28.6	13.9	57.5	31.9	12.0	56.1
عيادات الطب الشرقي	66.4	19.5	14.1	63.2	17.9	19.0	65.4	22.5	12.1
الصيدلية	73.0	25.0	2.0	70.8	26.5	2.7	71.5	27.1	1.4

Source: Choi, et al. 2007

(١٣) يقال إن النظام السياسي السلطوي السابق قد أدخل التأمين الصحي الوطني بغرض تحقيق شرعية سياسية له، وتنمية للرفاه الاجتماعي (Kwon and Tchoe 2005)؛ لذلك حددت الحكومة أسعارا منخفضة للاشتراكات الأولية بغرض التوسع السريع في تغطية السكان، ولتقليل العبء المحتمل للتأمين الصحي على الصناعة والاقتصاد.

تصبح المشكلة في نظام خطط دفع رسم مقابل الخدمة وجدول أسعار شديد الانضباط للخدمات، هي أن مقدم الخدمة يمتلك من الدوافع القوية ما يجعله يخلق بشكل مستمر طلبًا على الخدمات خارج التغطية -ذات أسعار لا تحكمها ضوابط وهكذا عادة ما تكون باهظة الثمن ومربحة للغاية- ويوصون مرضاهم بشرائها. وتصبح المشكلة أكثر خطورة عندما لا نجد سبل منهجية تحدد أمان وفاعلية وكفاءة هذه الخدمات على أساس شواهد علمية، وبذلك، لا يمتلك المرضى مصادر معلومات للتحقق من حكمهم عليها.

يظهر الجدول (٤) ببيانات المسوح التي أجرتها هيئة التأمين الوطنية (NHIC) مع مقدمي الخدمات الصحية حول المنافع والخدمات خارج التغطية بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٦. وكما نلاحظ في الجدول (٤) زادت التغطية الإجمالية للتأمين الصحي الوطني بقدر ما بين هذين العامين. وفي نفس الوقت، انخفضت النسبة المدفوعة مقابل الخدمات خارج التغطية بحوالي ٢,٣ ٪ نقطة، ويعود ذلك بشكل كبير للتغييرات السياسية التي ضمنت تكلفة تكاليف وجبة المستشفى الغذائية إلى حزم المنافع التأمينية في ٢٠٠٦. فيما يتعلق بأنواع الخدمات المقدمة، بلغ معدل تغطية المستشفيات نسبة حوالي ٥٧-٥٩ ٪ وتغطية العيادات ٦٩,١ ٪. ومن الناحية الأخرى، بلغ معدل تغطية خدمات الأسنان والطب الشرقي نسبة منخفضة لحدود مقلقة. في ٢٠٠٦، ظل عبء الدفع من الجيب الشخصي مقابل استخدام خدمات الأسنان والطب الشرقي مرتفعا وبلغ ما يصل إلى ٧٦,٤ ٪ لخدمات الأسنان في المستشفى، ٥٤,٦ ٪ لخدمات عيادات الأسنان، و٦٨,١ ٪ لمستشفيات الطب الشرقي، و٣٤,٦ ٪ لعيادات الطب الشرقي.

جدول رقم ٥: اتجاه مكونات ما يدفعه المريض من الجيب الشخصي (٢٠٠٤-٢٠٠٦)

النوع	الإقامة بالمستشفى			العيادة الخارجية		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
غرف برسوم إضافية	23.5	22.6	23.3	-	-	-
رسوم استشارات خاصة	13.1	17.6	25.9	3.2	5.1	21.8
وجبة المستشفى الغذائية*	20.7	19.8	0.6	-	-	-
حقن	6.7	4.9	10.7	10.3	8.4	6.4
جراحات (داخلي)/علاج (خارجي)	3.6	3.1	4.6	5.1	11.0	4.1
اختبارات معملية	5.2	4.6	6.6	18.8	23.1	13.4
رنين مغناطيسي	5.4	2.4	3.4	5.6	5.1	12.8
موجات فوق صوتية	11.0	5.2	6.4	24.4	19.3	20.4
مستلزمات (داخلي)/ أشعة مقطعية أو أشعة عادية (خارجي)	5.1	13.9	11.1	7.0	7.0	1.8
أخرى	5.8	5.9	7.4	25.6	21.0	19.3
الإجمالي	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source: Choi, et al. 2007

* أصبحت وجبة المستشفى الغذائية جزء من حزمة منافع التأمين الصحي الوطني في 2006

باستخدام المعايير التي تحدد العبء الواقع على المرضى نتيجة استخدامهم للخدمات خارج التغطية، كشف المسح أنه بعد تغيير سياسات حزم المنافع التأمينية في يونيو ٢٠٠٦، بضم وجبات المستشفى الغذائية إلى الحزمة، تغيرت نسب مكونات هذا العبء بشكل درامي بين عامي ٢٠٠٥، و٢٠٠٦. (جدول رقم ٥)

بالنسبة لخدمات المرضى داخل المستشفى، أصبحت حصة الوجبات الغذائية في التكلفة هامشية ولا تُذكَر، بينما تضاعفت الحصة النسبية لرسوم استشارة الإخصائي. تشير رسوم الاستشارة الخاصة إلى رسوم إضافية، فوق ما يحدده جدول رسوم زيارات كبار الأطباء. استمر انتقاد هذه الممارسة والانزعاج منها لعديد من الأسباب. أول كل شيء، نظريا، بينما يجب تطبيق هذه الرسوم فقط على دائرة عدد قليل من

الأطباء الخبراء المتميزين، إلا أنها تُطبَّق الآن على حصـــة واسعة من الأطباء. حاليا، وصــلت الآن حصـــة الأطباء "المتميزين" إلى ٨٠ ٪ من مجموع الأطباء. والأسوأ هو أن المرضــى تُفرض عليهم هذه الرســوم الآن غالبا دون معرفتهم. وبينما نظريا من المسموح للمرضى اختيار الأطباء ولا يحتاجون إلى دفع رسوم استشارة خاصة، إنما في الواقع، هناك عديد من الحالات المسجلة لمرضى اضطروا لدفع مثل هذه الرسوم، أحيانا لعدم وجود خيار آخر وفي أحيان أخرى دون معرفتهم. يتراوح مقدار رســوم الاستشـارة الخاصــة ما بين ٢٠ ٪ إلى ١٠٠ ٪ تضاف إلي تكلفة صنف العلاج الواحد. في الإجمال، يصــل حجم الرســوم إلى ٤٠٠ مليــون دولار أمريكي، وهو ما يقارب ٧-٨ ٪ من إجمالى إيرادات المستشــفيات في البلاد. وكما يوضــح الجدول ٥، زادت حصة علاج العيادات الخارجية حوالي سبعة أضعاف بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٦.

بالنســبة لخدمات الإقامة داخل المستشــفى، ما زالت رســوم الغرف الإضــافية تمثل حصــة كبيرة -حوالي الربع- مما يدفعه المريض. جزء من السبب هو عدم وجود عدد كاف من الغرف الاعتيادية بالمستشــفيات الكورية. في أحد المســوح، قرر ٧١,٥ ٪ من المشــتركين في البحث أنهم اســتخدموا غرفًا برسوم إضــافية واضطروا للإقامة في مثل هذه الغرف ضد رغبتهم، بسبب النقص في الغرف الاعتيادية.

ترتيبات المشاركة في الدفع

مطلوب من مرضــى التأمين الصــحي الوطنــي الكوري- كما فــي معظم الأنظمة الأخرى- دفع حصة معينة من إجمالي المدفوع كمشاركة منهم في تكلفة الخدمات الطبية التي يغطيها التأمين، إضافة إلى دفع مقدار ليس قليلا من تكلفة الخدمات الأخرى خارج تغطية التأمين. عموما، بالنســبة لخدمات العيادات الخارجية، يجب أن يدفع المريض ٥٠ ٪ من تكلفة العلاج الذي يجري في مســتوى الرعاية الثالث والمستشــفيات العامة، و٤٠ ٪ لخدمات المستشــفى، و٣٠ ٪مــن تكلفة خدمات العيــادات الخارجية وأدويتها (جدول ٦). بالنســبة لخدمات الإقامة في المستشــفى، على المريض أن يتحمل ٢٠ ٪ من التكاليف الإجمالية للعلاج أثناء الإقامة. وإذا ما أخذنا في الاعتبار أن متوســط عدد

زيارات العيادات الخارجية مرتفع بشكل كبير في كوريا، وهو ١٤,١٣ ٪ زيارة لكل فرد في عام ٢٠٠٦، لذا يصبح حجم المشاركة في الدفع عاليا جدا، خصوصا بالنسبة لهؤلاء الذين يعانون من كوارث مرضية – catastrophic diseases – وبالتالي، يعتمد نظام الرعاية الصحية الكوري على حصة عالية من التمويل الخاص. ورغم الزيادة المستمرة في الإنفاق على الصحة طوال العقد الماضي –من ٣٨ ٪ من إجمالي الإنفاق الصحي في ١٩٩٠ إلى ٥٣ ٪ في ٢٠٠٥– يظل نصيب الإنفاق العام على الصحة أقل بمقدار واضح عن متوسط الإنفاق الصحي في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الذي يبلغ ٧٣ ٪. بمعايير نصيب القطاع العام في الإنفاق الصحي يأتي ترتيب النظام الصحي الكوري في قاع بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

كشف مسح قومي جرى في ٢٠٠٦ حول ما يدفعه المرضى من جيوبهم الشخصية أن نسبة ٣٨,٧ ٪ من إجمالي ما دفعه المرضى من جيوبهم جاء كالتالي: ٢٣,١ ٪ في صورة مشاركة المريض في الدفع –وهي النسبة المقررة بواسطة التأمين– والنسبة الباقية ١٥,٦ ٪ مثلت الدفع مقابل الخدمات خارج تغطية التأمين. فيما يتعلق بخدمات الإقامة في المستشفى، بلغ ما دفعه المرضى للخدمات غير المغطاة نسبة ٢٨,٧ ٪ وهو أعلى من قيمة المشاركة في الدفع التي كانت ١٦,٤ ٪ ومع ذلك، يتحمل المرضى الذين يعانون من الكوارث المرضية عبئا أكبر. في المتوسط، يدفعون ٤٨,٦ ٪ من إجمالي الدفع من جيوبهم الشخصية.

في محاولة لتخفيف أعباء المريض، جرت تغييرات مؤخرا لتخفيض معدلات المشاركة في الدفع لفئات بعينها من المرضى أو الحالات المرضية. مثلا، بالنسبة للأطفال تحت ٦ سنوات من العمر، سوف تكون نسبة المشاركة في الدفع ٢١ ٪ لزيارات العيادة الخارجية (وهو ما يساوي ٧٠ ٪ من النسبة التي يدفعها البالغون). يدفع كبار السن، فوق ٦٥ سنة، مقدارا ثابتا (١,٥ دولار) لزيارات العيادة و١,٢ دولار للصيدليات. لتخفيض أعباء المرضى بكوارث مرضية معينة (السرطان وأمراض القلب و أمراض الدماغ)، في ٢٠٠٥، خفضت الحكومة سعر المشاركة في

الدفع مقابل الإقامة بالمستشفى من ٢٠ ٪ إلى ١٠ ٪. إضافة إلى ذلك، قدمت الحكومة في ٢٠٠٥ نظام سقف المشاركة في الدفع"، لحماية المرضى من تضخم مبلغ ما يدفعونه كمشاركة. في ظل هذا النظام، يحصل المرضى على إعفاء من دفع المزيد من المشاركات عندما يتجاوز إجمالي المبلغ حدا معينا (٢٠٠٠ دولار أمريكي) خلال ستة أشهر.

جدول رقم ٦: معدل المشاركة في الدفع

المنشأة التي تقدم خدمات الرعاية الصحية	نصيب المشاركة في الدفع
الإقامة الداخلية بالمستشفى	٢٠ ٪ من إجمالي تكلفة العلاج
المستشفيات التخصصية	رسم لكل زيارة إخصائي + ٥٠ ٪ من تكلفة العلاج
المستشفيات العامة	٥٠ ٪ من (تكلفة العلاج + رسم لكل زيارة إخصائي)
المستشفى	٤٠ ٪ من (تكلفة العلاج + رسم لكل زيارة إخصائي)
العيادة	٣٠ ٪ من (تكلفة العلاج + رسم لكل زيارة إخصائي)
الصيدلية	روشتة: ٣٠ ٪ من التكلفة الإجمالية للعلاج دون روشتة: ٣٠ ٪ من التكلفة الإجمالية للعلاج
Source: (NHIC 2007)	

ورغم هذه الجهود، لا يزال عديد من المشاكل باقيا في خطة المشاركة في الدفع الحالية. أولا، بالنسبة للأفراد منخفضي الدخول، الحد الحالي بألفين دولار، والذي انخفض حاليا إلى ثلاثة آلاف دولار (في أغسطس ٢٠٠٧)، ما زال عاليا جدا. المشكلة الأكثر خطورة هو أن نظام سقف المشاركة يُطبَّق فقط على جزء المشاركة في الدفع وليس على كل ما يدفعه المريض من جيبه الشخصي، الذي قد ينتج عن استهلاكه لخدمات خارج التغطية التأمينية. وكما ذكرنا آنفا، يأتي حوالي ٤٠ ٪ من إجمالي المدفوع من الجيب الشخصي بسبب الخدمات خارج التغطية.

أكثر من ذلك، ومع الاهتمام المتصاعد بالاستدامة المالية لنظام التأمين الصحي الوطني، تتحرك تغيرات السياسة نحو تخفيض النفقات. كمثال، سعر المشاركة في الدفع لتكلفة الوجبات الغذائية في المستشفيات، والذي كان ٢٠ ٪ عندما أصبح أحد منافع التأمين الصحي في ٢٠٠٦، ارتفع إلى ٥٠ ٪ في يناير ٢٠٠٨. كان المقترح من الأصل أن يصبح سعر المشاركة في الدفع بالنسبة لخدمات الإقامة في المستشفى للأطفال أقل من ٦ سنوات مساويا لصفر، ولكنهم رفعوه فيما بعد إلى ١٠ ٪.

كان من المتوقع أن يعمل مخطط المشاركة في الدفع كأداة لمنع المخاطر الأخلاقية للمريض – الاستخدام الزائد عن الحد للخدمات الطبية. في ظل النظام الحالي، إضافة إلى أسعار المشاركة في الدفع العالية، غالبا ما يدفع المرضى مقادير حتى أعلى مقابل الخدمات والرسوم، التي لا يغطيها مخطط التأمين الصحي. تخلق هذه الأسعار، المتراكمة هنا وهناك، تخلق أعباء خطيرة على الأسر في حوادث السيارات المتنوعة، خصوصا السكان الأكثر ضعفا، مثل العاطلين عن العمل والعمال الموسميين والفقراء وكبار السن. وباعتبار أن الهدف الأكبر للتأمين الصحي الاجتماعي هو نقل المخاطر لحماية المرضى المعوزّين، بترجمة الدفع من الجيب الشخصي إلى مساهمات محددة مدفوعة مسبقا، يصيبنا الوضع الحالي للعبء العالي، الذي يتحمله المريض عند نقطة استخدامه للخدمات بالدهشة إذا ما كان منع المخاطر الأخلاقية هو قضية أكثر إلحاحا من تقديم حماية كافية للمريض. ولكننا لا يمكننا تجاهل أن الحفاظ على استدامة النظام وإحباط الاستخدام المفرط وغير الضروري للخدمات هو هدف موضوعي للسياسة. إلا أنه للوفاء بجوهر أهداف التأمين الصحي الاجتماعي، من الضروري التغلب على الحواجز المنيعة التي تعرقل الوصول إلى الرعاية الصحية. وحتى إذا كانت مشاركة المريض في التكلفة (co-sharing) ذات فعالية في تحقيق هدفها بضمان الاستخدام الرشيد لموارد الرعاية الصحية إلى جانب احتواء الإنفاق الصحي العام، فيجب اعتبار فعالية هذه المشاركة في التكلفة مقارنة بالهدف الأولي من برنامج التأمين الصحي

الاجتماعي – حماية أعضــاء المجتمع الضعاف بتمويل منصف وقدرة ملائمة للحصول على الرعاية الطبية عندما يكون ذلك ضروريا. أيضا يثير التطبيق الحالي لما يُدفَع من الجيب الشخصي اهتماما وقلقا حول قضية الإنصاف؛ حيث إن الخطة التأمينية تسير في خــط تنازلي – دفع نفس القيمة بغض النظر عن دخل المريض – مما ينتج عنها توزيع غير متساوٍ لعبء المرض المالي. تشمل المقترحات الحالية تعديل سقف مستوى الدفع من الجيب الشخصـــي بناء على مســتوى الدخل، لتصحيح الخصـــائص التنازلية لخطة التأمين الصـــحي الحالية بوضـــع حدود عليـــا (caps) متعلقة بالدخل الســنوي لما يدفعه الأفراد من جيوبهم الشخصية.

الحواجز الجغرافية

أيضـــا، قد يمثل التوزيع الجغرافي غير المتســاوي للمنشــآت الطبية حاجزا تمييزيا أمــام القدرة على الوصــول إلى الرعاية الصــحية. في كوريا، اللوائــح الحكومية في جانب العرض من خدمات الرعاية الصحية لا تزال في حدودها الدنيا. لا يتم التوزيع الجغرافي للمنشــآت الصــحية بشــكل مركزي، ولكنه متروك لتقدير مقــدم الخدمات الخاص. المطلب الوحيد الذي يحكم فتح المستشفيات هو العدد الأدنى للأسّرة والأقسام. تُعزى سياســة "دعه يمر" التي ينتهجها قطاع الرعاية الطبية الخاص إليها أنها السياســة المســئولة عن تشويه توزيع موارد الرعاية الصحية عبر مناطق مختلفة، خصوصا بين المناطق الريفية والحضرية. يتركز حوالي ٩٢,١ ٪ من الأطباء و٨٩,٦ ٪ من أسّرة المستشفيات في المدن، مما يؤدي إلى قدرة غير متساوية للوصول إلى خدمات الرعاية الصــحية بين سكان الريف والحضر. وبشكل خاص، ٤٤,٢ ٪ من المؤسسات الطبية تقع في منطقة العاصمة سيول وحوالى ٨١ ٪ منها يتركز في أكبر ست مدن بكوريا.

بالنسبة للمرضى الذين يعانون من كوارث مرضية، يفرض التوزيع غير المتساوي لمنشــآت أكثر المشاكل خطورة. على ســبيل المثال، بالنسبة لمرضى السرطان الذين يحتاجون بشــكل خاص علاج طويل الأمد وفي التوقيت الســليم، تصــبح القدرة على

الوصـــول جغرافيا حاسمة. إضـــافة إلى ذلك، حيث إن العلاج يتضـــمن رعاية طويلة الأمد، قرب المســـافة يصـــبح حاســـما بالنســـبة لباقي أفراد العائلة أيضـــا. وفي دراسة استخدمت قواعد بيانات الإصابات الجديدة بالسرطان على المستوى القومي في عامي ١٩٩٩ و٢٠٠٢ أظهـــرت الدراســـة أن هنـــاك تباينات إقليمية كبيرة في اكتفاء مرضـــى الســـرطان ذاتيا. وبينما تكون قدرة مرضى الســـرطان في المناطق الحضرية الكبرى علـــى الوصـــول إلى الرعايـــة أكبر، لدى بعض المناطق مســـتوى متـــدنٍ جدا من هذه القدرة، تتراوح بين ١٣ ٪ و٢٧ ٪. أيضـــا، عدم التوزيع الإقليمي المتســـاوي لمراكز طب الطوارئ، قد كانت دائما قضـــية سياسة مســـتمرة. وجدت دراسة أخيرة فحصت توزيع مراكز طب الطوارئ تباينا في التوزيع الجغرافي لهذه المراكز. وفي ملاحظة أكثر خطورة، هناك أيضا رصد لتباين غير متناسب في رأس المال البشري والمنشآت والأجهزة.

وكما في معظم بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الأخرى، الشبكة العامة لمنشـــآت الرعاية الصـــحية الأولية في كوريا بما فيها المراكز الصـــحية، والمراكز الصـــحية الأدنى، ومكاتب الرعاية الصـــحية الأولية، قد تم تأسيسها لتملأ الفجوات في تقديم الخدمة الخاص في المناطق الريفية ومناطق أهل الصيد المحرومة من الخدمات. ومع ذلك، تظل أدوار هذه المنشـــآت هامشـــية (OECD ٢٠٠٣) وأنشـــطتهم الرئيســـية محدودة بنطاق خاص، مثل الوقاية من الأمراض والتعزيز الصحي والتطعيم والتعامل مع الأمراض الســـارية، ورعاية الأم والطفل، وقليل من خدمات الرعاية العلاجية. أيضا، الأفراد الذين يستطيعون دفع نقود من جيوبهم الشخصية أعلى ورسوم علاجات خاصـــة يفضلون اســـتخدام خدمة القطاع الخاص. وقد يخلق ذلك نظاما مزدوجا يقوم على أســـاس القدرة على الدفع –الخاص مقابل العام– الحفـــاظ على الجودة والموارد الملائمة داخل منشآت القطاع العام هو قضية مهمة لتجنب التباينات الأوسع في القدرة على الوصول.

نتائج القدرة غير الكافية وغير المتساوية للوصول إلى الرعاية

احتياجات دون رد ورعاية مُؤجَلة

تقاس الاحتياجات الناقصة (unmet needs) باستخدام منهجية التقييم الذاتي وعادة بواسطة إجراء مسح على عينة من الأفراد يجيبون على استبيان. ورغم تعرض القياسات الذاتية غالبا للانتقاد بسبب ذاتية الإجابات، إلا أنها تساعد على قياس ما يشعر الناس به نحو القصور ما بين احتياجاتهم وبين الاستخدام الفعلي للخدمات الطبية.

وتُستخدَم أساليب متنوعة لقياس هذه الاحتياجات التي لم تُوَّف. مثلا، في أحد المسوح الممولة فيدراليا (BRFSS)، والمُصمَّمة بواسطة مركز مكافحة الأمراض والوقاية الأمريكي (CDC) بالتعاون مع وزارات الولايات لمتابعة السلوكيات وعوامل الخطورة المرتبطة بالصحة بين سكان الولايات المتحدة، استخدم هذا المسح السؤالين التاليين لقياس القدرة غير الكافية للوصول إلى رعاية الطبيب:

١- "المرة خلال الاثنى عشر شهرا الماضية عندما احتجت إلى زيارة طبيب، ولكنك لم تستطع بسبب النفقات"، و٢- "لم تقم بزيارة طبيب لإجراء فحص روتيني شامل خلال السنتين السابقتين". وفي مسح لقائمة النفقات الطبية (MEPS)، وهو مسح لعينة ممثلة على المستوى القومي تجريه الهيئة الأمريكية لأبحاث الرعاية الصحية والجودة (AHRQ) والمركز الوطني للإحصاء الصحي (NCHS)، تُقاس الاحتياجات الناقصة بسؤال العائلات عما إذا كانوا قد "صادفوا صعوبات أو تأخير في الحصول على الرعاية الصحية" أو "هل لم يتلقوا الرعاية المطلوبة لواحد أو أكثر من أفراد العائلة".

في كوريا، استخدم المسح القومي للصحة والغذاء، الذي أجراه المعهد الكوري للصحة والشئون الاجتماعية، عينة لاحتمالات الشرائح ومتعددة المراحل (stratified multi-stage probability) للمنازل في كوريا الجنوبية تمثل السكان المدنيين غير المنتمين لمؤسسات وتضمن المسح سؤالا عن الاحتياجات الناقصة.

وجه هذا المسح سؤالا للمشـتركين عما إذا كانوا "خلال الاثنى عشر شهرا الماضية قد صـادفوا أوقاتا لم يسـتطعوا فيها تلقي الرعاية الضرورية". طبقا لبحث عام ٢٠٠٥ (عـدد العينة = ٢٥٢١٠٥)، قرر حوالي ١٣,٦٥ ٪ من الذين أجابوا أنهم مروا بأوقات لم يسـتطيعوا فيها تلبية احتياجاتهم. كان السـبب الأكثر انتشارا وراء هذه الاحتياجات الناقصـة هـو حاجز التكلفة. وقالت نسـبة ٩٤,٧٢ ٪ مـن الذين قرروا أنهـم لم يتلقوا الرعاية أو تأخروا في تلقيها أن ذلك كان لأسـباب اقتصادية. وأظهرت دراسة أخرى قامـت بتحليل نفس مجموعة البيانات أن وجود هذه الاحتياجات الناقصـة ينتشـر أكثر بين الفئات ذات الدخل الأقل. ونسـبة الناس ذوي الاحتياجات الناقصة كانت ٣٣,٣٪ بيـن الفئة العمرية ٤٠-٦٤ إضـافة إلى فئـة أقل الدخول، حيث ظهـر أن حوالي ثلث المشـتركين في المسح في هذه الفئة لم يسـتطيعوا الحصول على الرعاية الضرورية أو تأخروا في الحصـول عليها. وأفاد مسـح جرى عام ٢٠٠٤ على ١٨٠٠ عائلة تحت أو قريبة من خط الفقر بشـواهد أكثر تفصيلا عن القدرة غير الكافية للوصول إلى الرعاية الصحية. فطبقا لهذا المسح، قرر المنتفعون ببرنامج المعونة الطبية الذين هم تحت خط الفقـر (١٧,٩ ٪) وأولئك الذين يقعون تحت خط الفقر ولكنهم غير منتفعين بالبرنامج (٢٠,٩ ٪) والعائلات التي تقع داخل ١٢٠٪ من خط الفقر (١٥,٧ ٪) أنهم لم يستطعوا زيارة الطبيب لأنهم لا يستطيعون تحمل التكلفة.

عدم المساواة في استخدام خدمات الرعاية الصحية

الإنصـاف في استخدام خدمات الرعاية الصـحية هو مؤشر يُستعمَل مرارا في كثير مـن الدراسـات؛ لنرى مـا إذا كانت الرعاية متاحـة للناس طبقـا لاحتياجاتهم، وليس طبقـا لاسـتعدادهم أو قدرتهم على الدفع. فـي كوريا، رغم الاعتقاد بـأن المظالم في اسـتخدام الرعاية موجودة عبر فئات سكانية متنوعة طبقا لمتغيرات اجتماعية اقتصادية -وضع الدخل والتوظف- ومتغيرات سكانية -العمر والنوع والجنس- وعبر مناطق جغرافيـة، فإنه لا يوجد كثير من البحث حول هذه القضـية. تكمن المصـاعب المنيعة أوليـا في نقص مجموعات البيانات الجيدة. على سـبيل المثال، لدى البيانات الإدارية

لمعهد الصحة الوطني وبيانات المسوح المشاكل النمطية لانعدام الدقة نتيجة لنقص أو الإفراط في التسجيل. المشكلة الخطيرة الأخرى في تقدير مظالم استخدام الرعاية هي مصاعب السيطرة على الاحتياجات الطبية. من الصعب متابعة ما إذا كانت صور التفاوت في الاستخدام تنشأ من الاختلافات في الاحتياجات. وضع الفئات الفقيرة ومنخفضة الدخل هو غالبا وضع أسوأ وهكذا، يحتاج بشكل أعظم إلى خدمات صحية ويميل إلى استخدام خدمات الرعاية الصحية أكثر. وحتى نقوم بتفسير صحيح، من المهم أن نقيس بشكل صحيح الاحتياجات الطبية المتوطنة بين الفئات الأقل اجتماعيا واقتصاديا. مثلا، أجرى واجستاف وفان دورسلير سلسلة من الدراسات الدولية المقارنة، على أساس مبدأ الإنصاف الأفقي -"الناس أصحاب الاحتياج المتساوي للرعاية يعالجون بشكل متساوٍ، بغض النظر عن سمات مثل الدخل ومحل الإقامة والجنس، إلخ"- وقاما بتقدير درجة المظالم في الاستخدام طبقا للدخل التي بقيت بعد المساواة المعيارية لمختلف الاحتياجات القابلة للقياس. متغيرات مثل العمر والنوع والتقرير الذاتي عن الحالة الصحية العامة ووجود درجة من محدودية أي من المشاكل أو العلل أو الإعاقة الصحية البدنية أو العقلية المزمنة، كل ذلك تم استخدامه كمؤشر مُسبَّق على الحاجة إلى الرعاية الصحية.

في كوريا، دراسة كوون وآخرين (٢٠٠٣) استعملت مقاربة فان دورسلير وآخرين، ولخصت درجة المظالم في الاستخدام بمؤشر خاص (Hlwv Index)[١٤]. قررت الدراسة وجود درجة هامشية من المظالم في استخدام خدمات العيادات الخارجية وتفاوت ضعيف في صالح الفقراء (على الأرجح الفقراء مستهلكون أكثر) لخدمات الإقامة بالمستشفى. ومع ذلك، وجدت الدراسة أن الإنفاق على الرعاية

(١٤) هو مؤشر مُركَّز للاستخدام القياسي للاحتياجات. عندما تبلغ قيمة المؤشر صفرا، فذلك يعني إنصافا أفقيا: الناس أصحاب الاحتياجات المتساوية (رغم اختلاف دخولهم) يتلقون علاجا متساويا. وعندما تكون قيمة المؤشر موجبة، فذلك يعني إجحافا مناصرا للأغنياء، وعندما تكون القيمة سالبة، فذلك يعني إجحافا ينحاز للفقراء، وهو ما يعني أن أصحاب الدخول المنخفضة يسرفون في استخدام خدمات الرعاية اكثر من التوقعات المبنية على أساس الاحتياجات المقررة سلفا (إي معدل المراضة). لمزيد من المعلومات عن المؤشر انظر:
van Doorslaer and Masseria (2004), van Doorslaer, Masseria, and Koolman (2006), and van Doorslaer et al. (2000).

الصحية بين الأغنياء كان أكثر، مما يفترض وجود تفاوت في كثافة الاستخدام. ومؤخرا جدا، كيم وشوي (٢٠٠٧) خرجا أيضا بنتائج مماثلة لتفاوتات هامشية في الاستخدام الكمي ولكنهما وجدا أن الإنفاق في كل زيارة كان أعلى بقدر ملحوظ بين الفئات ذات الدخل الأعلى. كان هذا النمط أكثر بروزا بين الفئات الأكبر في السن.

عدم الإنصاف في الحالة الصحية

يشهد السكان في كوريا تحسنا مستمرا في الحالة الصحية طوال العشرين عاما الماضية، ليبلغوا مستوى مماثلا أو حتى أفضل من متوسطات بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. ارتفع معدل توقع البقاء على قيد الحياة عند الميلاد من ٦١,٩ سنوات في ١٩٧٠ إلى ٧٨,٥ سنوات عام ٢٠٠٥، بينما انخفضت معدلات وفيات الرضع والأطفال من ٤٥ لكل ألف في ١٩٧٠ إلى ٥,٣ لكل ألف في ٢٠٠٢، وهو تقريبا نفس متوسط المستوى في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (٥,٤ لكل ألف).

ومع ذلك فالمدى الذي تساهم به فعليا القدرة الأفضل على الوصول إلى الخدمات الطبية في تحسين الوضع الصحي ليس واضحا. في الواقع، تفترض معظم الدراسات أنه ربما تمتلك الخدمات الطبية في حد ذاتها تأثيرا محدودا على صحة السكان. على سبيل المثال، أظهرت دراسة أنه كان من الممكن تجنب حوالي ١٠-١٥٪ من الوفيات فقط في الولايات المتحدة بجودة أكثر وقدرة أفضل على الوصول إلى الرعاية الطبية. من المعتقد أن تحسن الصحة في إنجلترا طوال المائتي عام الماضية جاء في معظمه من التحسينات التي أدخلت على إمدادات الطعام وشروط البيئة الصحية والصرف أكثر من التدخلات الطبية. ومع ذلك، يظل فحص ما إذا كانت الفجوات في الحالة الصحية بين مختلف الأوضاع الاقتصادية الاجتماعية قد ضاقت عبر السنوات فتلك بلا شك أسئلة مهمة في حقل السياسات العامة يجب أن نسأله عندما ندرس قضايا الوصول إلى الرعاية الصحية.

في كل أمة، عدم تساوي الحالة الصحية هو أمر لا يمكن تجنبه إلى حد ما. وجود الناس في أوضاع صحية مختلفة يعود لعديد من العوامل، لتشمل الاختلافات الوراثية والسلوكية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية بينهم. لذلك، أسئلة مثل كم قدر التفاوت القائم بين الفئات وإذا ما كان حجم التفاوت يتغير عبر الزمن، هي أكثر أسئلة السياسات العامة ذات الصلة أكثر من الأسئلة التي تبحث عن تحديد ما إذا كان الوضع الصحي غير المتساوي قائما بين الفئات أم لا.

عدم المساواة في معدل الوفيات كان أحد المؤشرات التي خضعت أكثر من غيرها للدراسة. ففي دراسة مع ٧٥٩٦٦٥ كوريا من موظفي الخدمة العامة الذكور، تتراوح أعمارهم بين ٣٠ و٦٤ عاما، وجد سونج وبايون (عام ٢٠٠٠) أن الفئات الاقتصادية الاجتماعية الأدنى تتعرض لمخاطر وفيات أعلى من معظم أسباب الوفاة عند مقارنتها بأعلى الفئات الاقتصادية الاجتماعية بترتيب الأسباب الخارجية للوفاة التي يمكن تجنبها وكل أسباب الوفاة وكل الأسباب التي لا يمكن تجنبها. وجد خانج وآخرون (٢٠٠٤) باستخدام تعداد كوريا لعام ١٩٩٥ وبيانات شهادات الوفاة ١٩٩٥-٢٠٠٠ أن الفروق التعليمية المتدرجة في الوفيات ملحوظة بين كلا الجنسين، بمعدلات وفاة أعلى تتصل بالتحصيل التعليمي الأقل في معظم أسباب الوفاة. في دراسة أخرى، باستخدام عشر سنوات من بيانات التعداد (١٩٩٠-٢٠٠٠) وبيانات شهادات الوفاة إلى جانب المسح الإحصائي الاجتماعي من مكتب الإحصاء الوطني لكوريا، قرر خانج وآخرون (٢٠٠٤) أن المستويات النسبية للتفاوت الاقتصادي الاجتماعي في الوفيات ظل فعليا دون تغير في الرجال والنساء خلال العشر سنوات الماضية.

إنفاق الكوارث الصحية

من المعروف أن تكلفة الرعاية الصحية هي واحدة من العوامل التي تساهم في زيادة الفقر في العديد من البلدان. عندما تكون الخدمات الصحية المتاحة غالية الثمن عند نقطة تقديم الخدمة، وعندما تكون شروط الحماية المالية غير كافية، تدفع تكلفة

المرض الناس إلى الفقر وتحرمهم من سبل الوصول إلى الرعاية الصحية الضرورية. حماية الناس من عبء الكوارث الاقتصادية هي واحدة من أكثر أهداف نظم التأمين الاجتماعي أهمية.

لا ينتج دائما عن الفواتير الصحية الضخمة عبء اقتصادي فادح. قد لا تمثل التكلفة الطبية العالية إنفاقا صحيا فادحا عندما لا تسبب الفاتورة عبئا فادحا في حالة امتلاك الأسرة لحماية تأمين صحي جيدة أو إذا كانت هذه الأسرة ميسورة بالقدر الذي تستطيع به تحمل الفواتير المرتفعة. من الناحية الأخرى، حتى عندما تكون رسوم الخدمة الطبية متواضعة، فقد تحدث كارثة، إذا ما تكرر استخدام هذه الخدمة الطبية كثيرا بما يكفي لحدوث ذلك. وبينما تختلف الآراء حول المستوى الذي يحدد كمية الإنفاق الذي يُعتبر كارثة، يفترض چو وآخرون (٢٠٠٣) أن ٤٠ ٪ من إنفاق المنازل على الأقل هو إنفاق على الرعاية الطبية.

كشفت الدراسات الأخيرة حول إنفاق الأسر على الصحة أن الإنفاق الفادح على الصحة (الكارثة) أكثر وضوحا بين الأسر ذات الدخل الأقل في كوريا. وطبقا لدراسة استخدمت بيانات المسح الوطني لدخل وإنفاق الأسر، أنفق المنزل الكوري في المتوسط حوالي ٩٥ دولارا شهريا عام ٢٠٠٥، وهذا ما يمثل حوالي الضعفين لما كان يُنفَق في ١٩٨٥ (عند معادلته بأسعار عام ٢٠٠٥)، مما يمثل زيادة حوالي ٣٦,٤ ٪ في إنفاق الأسرة. لا يُوزع العبء الاقتصادي الناتج عن استخدام الرعاية الصحية بالتساوي منسوبا لمستوى الدخل.

تنفق المنازل منخفضة الدخل نسبيا حصة من دخلها على الخدمات الصحية أعلى من المنازل الثرية. يظهر الجدول ٧ اتجاه حصة المنازل في الإنفاق الصحي الفادح (الكارثة الصحية). من الجدول نستطيع ملاحظة أنه أولا قد يبدو تطبيق برنامج التأمين الصحي الوطني قد قلل بشكل مؤكد العبء الاقتصادي الناتج عن النفقات الطبية. في ١٩٨٥، قبل تنفيذ البرنامج التأميني، كانت حصة المنازل في الإنفاق الصحي الفادح

تمثـل ٤٥,١ ٪، وهبطت إلـى ١,٠٥٪ في ٢٠٠٥. تفترض البيانات أيضـا أن نفقات الرعاية الصـحية تفرض عبئا أكثر غرما على الفئـات ذات الدخل الأقل. في ٢٠٠٥، من بين الفئات ذات أقل الدخول، عانى ٦,٢٤ ٪ من المنازل من إنفاق طبي كارثي، وهو ما كان أعلى من المتوسط بست مرات.

جدول رقم ٧: اتجاه حصة المنازل ذات الإنفاق الصحي الكارثي*

مستوى إنفاق المنازل	١٩٨٥	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٥
الأقل	٪ ٣,٦٤	٪ ١,٧٦	٪ ٤,٧٠	٪ ٣,٦٠	٪ ٦,٢٤
٢	٪ ٢,٣٤	٪ ٠,٧٦	٪ ١,٢٨	٪ ٠,٩٥	٪ ٢,٠٨
٣	٪ ٢,٠٧	٪ ٠,٢٥	٪ ٠,٢١	٪ ٠,٧٦	٪ ٠,٦٤
٤	٪ ١,٠٤	٪ ١,٠١	٪ ٠,٢١	٪٠,٥٧	٪ ٠,٣٢
٥	٪ ١,٨٢	٪ ٠,٢٥	-	-	٪ ٠,٦٤
٦	٪ ٠,٧٨	٪ ٠,٢٥	٪ ٠,٢١	٪ ٠,١٩	٪ ٠,١٦
٧	٪ ١,٣٠	-	-	٪ ٠,٣٨	٪ ٠,١٦
٨	٪ ٠,٢٦	-	٪ ٠,٢١	٪ ٠,١٩	٪ ٠,٣٢
٩	٪ ١,٣٠	-	٪ ٠,٢١	-	-
١٠	-	-	-	-	-
المتوسط	٪ ١,٤٥	٪ ٠,٤٣	٪ ٠,٧٠	٪ ٠,٦٦	٪ ١,٠٥
N	٣٨٥٤	٣٩٧٢	٤٦٨٩	٥٢٨٨	٦٢٥٧

Source: (Huh et al. ٢٠٠٨).

ملاحظة: هنا، الإنفاق الطبي يتكون من الإنفاق على الدواء والخدمات الطبية والتطبيقات الطبية. ربما يكون تقدير المعدلات منخفضا على الأقل لسببين: ١- يستثني المسح شخصا واحدا من المنازل و ٢- فشل المسح في ضم المناطق الريفية قبل ٢٠٠٣.

*الإنفاق الصحي على الكوارث الطبية يُعرّف بأنه الإنفاق الذي يساوي أو أكبر من ٤٠٪ من إجمالي إنفاق المنزل، دون الإنفاق على الغذاء

وبينما يمثل معدل إصـابة الأسر الجديدة بكارثة الإنفاق الصحي الفادح مؤشرا جيدا لقياس قدرة النظام الصـحي على حماية أفراده من الأمراض غير المتوقعة، فإنه ربما لا يمسـك تماما بالأثر الذي يخلفه عدم القدرة الكافية للوصـول إلى الرعاية الصـحية؛ حيـث إن العديد من المنازل الفقيرة قد ترى عدم البحث عن الرعاية الصـحية بدلا من السـقوط أكثر في دوامة العوز والحاجة. وكما شـدد چو وآخـرون (٢٠٠٣)، يمتلك أسـلوب الدفع من الجيب الشخصـي تأثيـرا مزدوجا محتملا، هو زيـادة إفقار بعض المنـازل الفقيرة التي تقرر البحث عن الخدمات الصـحية واسـتبعاد البعض الآخر من السـعي إلى الخدمات الصـحية. ويدافع چو عن أن آليات الدفع مسـبقا والمشاركة في تحمل المخاطر (risk-pooling)، مثل التأمين الاجتماعي، بدلا من آليات رسوم الخدمة التي تُدفَع عن نقطة الاسـتخدام، سـوف توفر حماية أفضل للمنازل تجعلهم لا يُؤجلون العلاج الطبي الضروري أو يهجرونه.

الخلاصة

توسـع النظام الصـحي الكوري سـريعا. خلال التسعينيات، تضـاعف معدل نمو الإنفـاق الصـحي مرتين عن متوسـط النمـو عبر بلـدان منظمة التعاون الاقتصـادي والتنميـة. بين عامـي ٢٠٠٠ و٢٠٠٥، بلغ معدل النمو في الإنفاق الصـحي للفرد في كوريا ٨,٧ ٪ سـنويا، بينما كان المتوسـط في بلدان التعاون الاقتصادي والتنمية ٤,٣ ٪ فقط.

ورغـم هذا النمو الملحوظ، ما زالت هناك مسـاحة لمزيد من توسـع نظام الرعاية الصـحية الكوري وضبطه. ما زالت نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي في كوريا من أقل المسـتويات بين بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. مر فقط ثلاثون عاما منذ ميلاد برنامج التأمين الصحي الوطني، وتكتسب قضية إطار المستقبل واكتشاف القيمة المحركة للنظام أكثر أهمية من اكتشاف نجاحات الماضي وإخفاقاته.

في الإجمال، تظهر مؤشـرات القدرة على وصول الأشخاص إلى خدمات الرعاية الصـحية دليلا على التقدم المسـتمر طوال العقد الماضـي. ومع ذلـك، وحتى مع هذا الإنجاز الملحوظ في تأسـيس تأمين صـحي شـامل، ما زلنا نحتاج إلـى جهود مثابرة ومُنسَـقة لضـمان قدرة منصفة وكافية للوصـول إلي الخدمات الصـحية الضرورية. النجاحـات في توسـيع تغطية السـكان تقابلها من الناحية السـلبية تغطيـة بمنافع تأمينية ضـعيفة ومشاركة عالية في الدفع يتحملها المريض. يبطن معظم مؤشرات القدرة على الوصـول إلى الخدمة التي فحصناها في هذه الدراسـة انقساما متناميا بين من يملكون، ومن لا يملكون في المجتمع. حماية الصـحة هو اسـتحقاق يمنحه الدسـتور في كوريا كحق. ورغم ذلك، يظهر عمل نظام التأمين الصـحي الوطني طوال الثلاثين عاما أن مثل هذا الإعلان عن الحقوق قد يظل مفهوما اسميا بدلا من كونه حقا قابلاً للتنفيذ لبعض فئات السـكان. فيما يتعلق بالقدرة على الوصـول إلى الرعاية واسـتخدامها والوضـع الصـحي من الناحية الجغرافية، نرى بشـكل متكرر عواقب لعدم المساواة من الناحية الإقليمية وطبقا للفئات الاجتماعية.

اتخذت الحكومة الكورية مؤخرا عديدًا من الخطوات، استجابة للطلب المستمر على حماية أفضـل، من خلال تدابير مثل توفير تغطية مدعومة بحزم منافع، وتخفيض لما يدفعه المستهلك، وتغطية خاصة لأصحاب الكوارث المرضية. لسوء الحظ، ورغم هذه الجهود التي تستهدف توسيع القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، آفاق الوفاء بهذه الخطط الطموحة ليست برّاقة. فرغم الوعود الأولية بتوسيع قائمة هذه الأمراض لتشمل عشرة أمراض جديدة بحلول عام ٢٠٠٨، تجمدت البرامج التي تقدم حماية أفضل للأشخاص المصابين بعدد من الكوارث المرضية المختارة بسبب المصاعب الفنية والسياسية في انتقاء هذه الأمراض الإضافية. جعل القلق المتصاعد حول الاستقرار المالي خطط الحكومة بتغطية ٨٠ ٪ من تكلفة وجبات المستشفيات إلى أن تنكمش لخطط مشاركة في دفع نصف التكلفة فقط. وبالمثل سحبت الحكومة للمراجعة خطة المشاركة صفر في الدفع بالنسبة للأطفال تحت ست سنوات. ومع الضغوط المالية في المستقبل والمطالب المتزايدة لكبار السن الذين تتزايد نسبتهم بين السكان والتوقعات الجماهيرية بإمكانيات طبية أكبر مع عدم استعداد الجمهور لدفع مساهمات تأمينية أكبر، كل ذلك يعرض خطط مزيد من توسيع تغطية برنامج التأمين الصحي الوطني لمصاعب كبيرة كما هو متوقع.

أكثر من ذلك، يبدو أن التغيرات الأخيرة في الفكر السياسي للحكومة وتحولها الأيديولوجي الحاد تدفع لمزيد من إثارة هذه الهموم. وتحت ضغط الاقتصاد الكوكبي والليبرالية الجديدة، حيث يتم تعريف الدولة بوصفها سببا بدلا من علاج الأزمة الاقتصادية، بسبب عدم كفاءتها في إدارة المشاريع الإنتاجية، والخدمات مع تصاعد النفقات الاجتماعية مثل الصحة والتعليم والأمن الاجتماعي نحن نواجه مناخ سياسات يفضل التحول لقيم التجارة واللامركزية والخصخصة. وهكذا، تجد مفاهيم مثل الكفاءة والفعالية وعلاقة المنفعة بالتكلفة وحرية الاختيار واللامركزية انتباها أكثر مما كان في السابق أبدا.

التشديد الحديث على التكنولوجيا الحيوية (biotechnology) وصناعة الخدمات

الصحية هي مثال جيد. وكوريا هي أحد الأماكن التي يعدنا فيها آخر ما وصلت إليه التكنولوجيا وطرق العلاج من تقدم بتوفير فرص ثمينة لضمان وتحسين القدرة على وصول إلى الرعاية الطبية لأهلها. على سبيل المثال، تنال التكنولوجيا الحديثة في الصحة الإلكترونية (e-health) وطب التواصل عن بُعد (telemedicine) اهتماما بسبب قدراتهما على تقديم طرق أفضل للوصول إلى التكنولوجيا وطرق العلاج الحديثة في الوقت السليم لهؤلاء الذين يقيمون في مناطق نائية.

ومع ذلك، على الوجه الآخر من هذا الإنجاز، التشديد على الجانب التجاري لهذه التكنولوجيا الجديدة يدفع تيار السياسة الصحية لهذا البلد نحو اتجاهات غير متوقعة. وضع الخدمات والتكنولوجيا الطبية في إطار "سلع" ممتازة للازدهار الاقتصادي قد جلب انحرافا أيديولوجيا رئيسيا، مما جعل السياسة الحكومية تشدد على الميل نحو أوجه الكفاءة والربحية بدلا من المساواة والكفاية. في ظل هذه الخلفية، يتزايد الشعور بالرعاية الصحية بوصفها قطاعًا تجاريًا. وهذا يفترض أننا نواجه اختيارا أيديولوجيا صارما، بين قيمتين متضاربتين: الرعاية الصحية كسلعة عامة، تقوم على قاعدة مسئولية الدولة في توفير الحقوق الاجتماعية للكل، أو كسلعة سوقية من منظور النموذج الاقتصادي. وفي ظل حكم يفضل التجارة والخصخصة، لا تستطيع الرعاية الصحية أن تبقى– أكثر من ذلك– حقا شاملا. الحكومة مسئولة عن تحقيقه ولكن من الممكن تعريفها في هذه الحالة، كسلعة مطروحة في الأسواق، مسموحة فقط للقادرين بحرية الاختيار بين مقدميها. يشير إيريارت وآخرون (٢٠٠١) إلى أن هذا التغيير هو تغير جوهري في المعنى؛ حيث تتوقف الصحة عن أن تكون خيرا عاما وتصبح سلعة خاصة".

إذا ما كان لنا أن نستمر في الاعتقاد بأن الرعاية الصحية يجب أن تدار على قاعدة الأولويات والمسئولية العامة بدلا من مبادئ الكفاءة والسوق، في السياق الحالي للتوسع في اجتياح الممارسات التجارية والخصخصة لنظام الرعاية الصحية، يصبح التحدي هو تطوير نظام سياسة عامة سليم في مؤسساته، وفي سياقه يفي بالقصد الأصلي لنظام

الرعاية الصـحية في حماية الناس من الأمراض غير المتوقعة والعبء الاقتصـادي. وبشـكل أكثر تخصصا، حتى نحقق قدرة كافية وفعالة للوصـول إلى الرعاية الصحية بين كل السكان، سوف تكون المهمة المستقبلية للحكومة الكورية هو التعامل مع قضايا مثل إطار العمل التنظيمي الضـعيف، ونقص الإجماع حول المبادئ الحاكمة للنظام، ومساهمات الاشتراك الأولي المنخفضة، والخطة المالية غير المستدامة.

يعكس النظام الصـحي في البلاد تاريخـه وثقافته وموارده وقيمه وقدراته الإدارية المتنوعة. تتخذ نظم الرعاية الصـحية شـكلها بواسـطة السـياق الخاص لتطور النظام الصـحي الوطنـي. إلا أنه يظل- رغم ذلك- عاملا جوهريا وهـو تحقيق الإجماع بين عناصر المجتمع حول الغرض من نظام الرعاية الصحية - يقوم النظام الصحي لحماية وتحسـين صحة الشـعب بواسـطة تقديم رعاية صـحية مهنية وقابلة للمحاسبة للجميع. ولاحقا، يجب تصـميم السياسـات المتعلقة بطبيعة ومدى عمليـة تقديم خدمات الرعاية الصحية حتى تحقق القصد من وراء الرعاية الصحية.

المراجع

- A Etzioni, The New Golden Rule – Community and Morality in a Democratic Society (New York: Profile Books, 1997).
- C. Cameron and J. McCallum, "Private health insurance choice in health: The role of long-term utilisation of health services", in Economics and Health: 1995, (Sydney: School of Health Services Management, UNSW, (1996)
- C. Cameron and P. K. Trivedi, "The role of income and health risk in the choice of health insurance: Evidence from Australia", Journal of Public Economics (1991)
- C. Cameron, P. K. Trivedi, F. Milne and J. Piggott, "Microeconometric model of the demand for health care and health insurance in Australia", Review of Economic Studies (1988)
- den Exter and M. Buijsen, "Keuze voor Solidariteit. Kanttekeningen bij het Voorstel Zorgverzekeringswet," ("In Favour of Solidarity," in Dutch) *TvGR* (*Journal of Dutch Health Law*) 1 (2005)
- E. Latorre, "La reforma de la salud: Una obligación social", *Foro*, Septiembre 2004.
- Elliot, Is Medicare Universal? Research Note No. 37 2002-03, Canberra, Department of the Parliamentary Library (2003)
- Maynard, "How to Defend a Public Health Care System: Lessons From Abroad"
- Otting, "The supervisory machinery for implementation of the Code: Introduction, working methods and practical examples" in Council of Europe (ed.), Social security training course on the study of standard-setting instruments of the Council of Europe in the field of social security؛ Compendium of working documents, 2000,
- P. den Exter (ed.), Competitive Social Health Insurance; Yearbook 2004 (Rotterdam: Erasmus University Press, 2005); and: "De Zorgverzekeringswet en GATS: een controverse?"In E. Ten Napel en A. Hendriks (eds.), De veellagige rechtsorde(The Haque: Kluwer Law International, 2007)
- P. den Exter and H. E. G. M. Hermans, "The Constitutional Right to Health Care,"European Journal of Health Law 3 (1998)
- P. den Exter and H. E. G. M. Hermans, eds., The Right to Health Care in Several European Countries (The Hague: Kluwer Law International, 1999)
- P. den Exter, "The Right to Health Care in International Law," in A.P. den Exter and J. Sndor (eds.), Frontiers of European Health Law (Rottendam: Erasmus University Press, 2003)
- P. van der Mei and L. Waddington, "Public Health and the Treaty of Amsterdam," European Journal of Health Law 2 (1998)

- Padarath, C. Searle, Z. Sibiya, E. Williams and M. Ntsike, *Understanding barriers and challenges to community participation in HIV and ARV services,* 3rd Public Health Conference 2006 'Making health systems work', Midrand, South Africa (2006).
- A.E. Walker, et al., "Public policy and private health insurance: distributional impact on public and private hospital usage." Australian Health Review, (2007)
- A.P. den Exter. "Blending Private and Social Health Insurance in the Netherlands: Challenges Posed by the EU" in C.M. Flood, K. Roach and L. Sossin (eds.), Access to Care Access to Justice. The Legal Debate over Private Health Insurance in Canada. (Toronto: University of Toronto Press, 2005),
- Appeal court's Hertogenbosch July 2, 1990 (RZA 1990)
- C. A. Toebes, The Right to Health as a Human Right in International Law (Antwerp: Intersentia, 1999)
- Mason Meier and A.M. Fox. "Development as Health: Employing the Collective Right to Development to Achieve the Goals of the Individual Right to Health." HRQ 30.355-259 (2008)
- Burrows, K. Brown and A. Gruskin (1993), "Who buys health insurance? A survey of two large organisations", Australian Journal of Social Issues, (1993)
- DeNavas-Walt, B. D. Proctor, and C. H. Lee, Income, Poverty, and Health Insurance Status in 2005, (Washington, D.C.: U.S. Census Bureau, 2006)
- Flood and T. Archibald, "The Illegality of Private Health Care in Canada", Canadian. Medical Association Journal 825 (2001), lbu (6).
- M. Flood (ed.), Just Medicare: What's In, What's Out, How We Decide (Toronto: University of Toronto Press, 2006).
- M. Flood et al (ed), Access to Care, Access to Justice: The Legal Debate over Private Health Insurance in Canada (Toronto: University of Toronto Press, 2005).
- M. Flood, "Chaoulli's Legacy for the Future of Canadian Health Care Policy", Osgoode Hall Law Journal, 273-310 (2006).
- Newdick, "Accountability for Rationing – Theory into Practice" (2005) 33 Law, Medicine and Ethics (2005)
- Newdick, "Exceptional Circumstances – Access to Low Priority Treatments After the Herceptin Case," 1 Clinical Ethics (2006)
- Newdick, "The Positive Side of Health Care Rights," S.A.M. McLean (ed), First Do No Harm – Law, Ethics and Health Care (Ashgate: Aldershot 2006)
- Newdick, Who Should We Treat? –Rights, Rationing and Resources in the NHS (Oxford: Oxford University Press, 2005).
- Colleen M. Flood, "Just Medicare: The Role of Canadian Courts in Determining Health Care Rights and Access". J. of Law, Medicine & Ethics, (2005)
- Constitution of the World Health Organization, New York, June 19th – July 22nd 1947.
- Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, Oviedo 4.IV.1997, ETS No. 164.

- Hindle and I. McAuley, "The effects of increased private health insurance: a review of the evidence." Australian Health Review (2004)
- Pieters and B. Zaglmayer, Social Security Cases in Europe: National Courts, (Antwerpen: Intersentia, 2006), and Kapuy, et al. supra note 35.
- Schofield, The distribution and determinants of private health insurance in Australia, 1990, Discussion Paper No. 17, Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling, University of Canberra (1997).
- D.D. Raphael, *Concepts of Justice*, (Oxford: Oxford Univ Press, 2001
- D.M. Gibson and Goodin, R. E., The Veil of Vagueness: A Model of Institutional Design, in M. Egeberg and P. Lægreid (eds.) Organizing Political Institutions: Essays in Honour of Johan P. Olsen, (Oslo: Scandinavian University Press, 1999)
- Den Haag: Boom Juridischeuitgevers, 2004
- Imesch, "The European Code of Social Security: General structure and those parts of the Code not relating to pensions", in Council of Europe (ed.), Compilation social security training course, 1998, (63), 68
- Pellegrino, "The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from Professional to a Market Ethics," (1999)
- E.G. Whitlam, 'The alternative National health programme'. Australian Journal of Social Issues, (1968)
- E.g., A. P. den Exter, "De Europese kwetsbaarheid van de Zorgverzekeringswet (EU legal implications of the new Health Insurance Act)," NJB, Dutch Law Journal 2 (2005),
- E.g., Stubbings and Others v. the United Kingdom, judgment on October 22, 1996 (Reports 1996-IV): 1505, 62.
- *European Social Charter*, Turin, October 18th 1961.
- den Hartogh, Gift of bijdrage, Over morele aspecten van orgaandonatie (Den Haag, Rathenau Instituut, 2003).
- A. G. Temmink, "Kroniek van het Europees recht,"Nederlands Juristenblad 31 (2001), 1502.
- D. C. Roscam Abbing, "Public Health in the Treaty of Amsterdam," European Journal of Health Law 2 (1998)
- Zhao, H. Yang, et al., Impact of Hospital regulation policies Health Policy In Transition: the Challenges for China. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008).
- H.L.A. Hart, "Between Utility and Rights", in A. Ryan (ed), The Idea of Freedom (Oxford: Oxford University Press, 1979)
- Berlin, Four Essays on Liberty (Oxford: Oxford University Press, 1979).
- A. Graves and S. K. Long, Why Do People Lack Health Insurance?, (Washington: Urban Institute, 2006)

- Castilla, J. Del Romero, V. Hernando, B. Marincovich, S. Garcia and C. Rodriguez, "Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (2005) 1, p. 96-101.
- Duckett, "Making a difference in health care", in S. Ryan and T. Bramston (eds.) The Hawke government: A critical perspective, (North Melbourne: Pluto Press, 2003)
- Gao, and S. Tang, "Health insurance and hospitalisation in urban China: bending to the wind of change ". *World Hospitals and Health Services* (2002)
- Gao, J. Qian, et al., "Health equity in transition from planned to market economy in China". *Health Policy and Planning* (2002)
- J. Hall, R. De Abreu Lourenco, et al. "Carrots and sticks - the fall and fall of private health insurance in Australia." Health Economics (1999)
- J. R. G. Butler, "Policy change and private health insurance: Did the cheapest policy do the trick?" Australian Health Review (2002)
- J. R. J. Richardson, 'Social values, efficiency and Medicare' presentation to seminar at Australian Health Policy Institute, 22 May (2003).
- J. Rawls, A Theory of Justice (Oxford: Oxford University Press, 1971)
- J. S. Deeble, The private health insurance rebate: Report to State and Territory Health Ministers, National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University (2003).
- J. S. Ross, et al., "Use of Health Care Services by Lower-Income and Higher-Income Uninsured Adults", Journal of the American Medical Association (2006)
- J. Smith, 'Tax expenditures and public health financing in Australia', The Economic and Labour Relations Review (2001)
- J. Verstraeten, "Solidariteit in de katholieke traditie", in E. de Jong en M. Buijsen (eds) *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*, (Nijmegen: Valkhof Pers, 2005)
- John Williamson, "Did the Washington Consensus Fail?" (Speech to the Center for Strategic & International Studies, 6 November 2002), at http://www.iie.com/publications/papers/williamson1102.htm.
- Brameld, D. A. Holman, et al., "Possession of health insurance in Australia-how does it affect hospital use and outcomes?" Journal of Health Services & Research Policy (2006)
- Cullinan, "Antiretroviral roll-out could be just the tonic - or a bitter pill", *Sunday Times*, 28 September 2003.
- K. J. Arrow, "Uncertainty and the welfare economics of medical care", American Economic Review (1963)
- K. Kapuy, D. Pieters and B. Zaglmayer, Social security cases in Europe: The European Court of Human Rights, (Antwerpen: Intersentia, 2007)

- K. Kiragu, T. Ngulube, M. Nyumbu, P. Njobvu, P. Eerens and C. Mwaba, "Sexual risk-taking and HIV testing among health workers in Zambia", *AIDS and Behaviour* (2006) 1, p. 131-136
- K. Pillay, "Implementing Grootboom: Supervision Needed" *Economic and Social Rights Review* (2002) 3
- K. Swartz, Reinsuring Health: Why More Middle-Class People Are Insured and What Government Can Do, (New York: Russell Sage Foundation, 2006)
- K. van der Wal, "Vrijheid, gelijkheid en broederschap?", in K. van der Wal (ed.) Vrijheid, gelijkheid en broederschap? Betekenis en huidige relevantie van het devies van de Franse Revolutie, (Budel: Damon, 2004)
- Hardcastle, "Case Comment: Cilinger c Centre Hospitalier de Chicoutimi", *Health LawReview* (2006)
- Segal, "Why is it time to review the role of private health insurance in Australia." Australian Health Review (2004)
- L. Sonder, 'The Accord, the communique and the budget', The Australian Quarterly, (Winter) (1984)
- lian Health Review (2004)
- A. O'Loughlin, "Conflicting interests in private hospital care",.Australian Health Review (2002)
- Buijsen, 'De betekenis van solidariteit in de gezondheidszorg'
- M. Egger, et al., supra note 38
- M. Giguere, Mercer Human Resource Consulting Communiqué : Québec Improves Specialized Access and Provides Limited Private Health Insurance Access, (2007), http://www.mercerhr.com/
- M. Jackman, The Implications of Section 7 of the Charter for Health Care Spending in Canada, Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion paper 31 (2002).
- M. M. Sepúlveda Carmona, "The Obligations of the State under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights." (Utrecht University diss., 2002)
- M. R. L. Wooldridge, Health policy in the Fraser years - 1975-83, MBA thesis, Monash University,Melbourne (1991).
- M. Roseman and S. Gruskin, *HIV/AIDS & human rights in a nutshell,* Harvard School of Public Health and International Council of AIDS Service Organisations (ICASO), Toronto (2004).
- M. Sandel, Liberalism and its Critics (New York University Press, 1984).
- M. Sandel, Liberalism and the Limits of Justice (Cambridge University Press, 2nd ed, 1998)
- M. W. Wetters-Bronsgeest. "Eigen bijdragen aan een zijden draadje? (Own payments by a threat, in Dutch)," Rechtspraak Zorgverzekering, RZA (2004)

- M. Walzer, Spheres of Justice: a defense of pluralism and equality, (New York: Basic Book, (1983).
- M. Wang, "The phase change: development trend and policy orientation of the Chinese economy (zhong guo jing ji de jiań duan bian hua, fa zhan qu si he zhen che fang xiang)." *China Development Review* (2002)
- M.-K. Lim, H. Yang, et al., "China's evolving health care market: how doctors feel and what they think." *Health Policy* (2004)
- Daniels and J. Sabin Setting Limits fairly – Can we Learn to Share Medical Resources? (Oxford: Oxford University Press, 2002).
- Daniels, W. Flores, et al., "An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health sector reform in developing countries." *Bull World Health Org.* (2005)
- N. Owers, V. Sundararajan, et al. "The effect of increased private health insurance coverage on Victorian public hospitals." Australian Health Review (2003)
- F. Short and D. Graefe, "Battery-Powered Health Insurance? Stability in Coverage of the Uninsured", Health Affairs, (2003) 6
- P. J. G. Kapteyn and P. Verloren van Themaat, 3rd ed., Introduction to the Law of the European Communities (London: Kluwer Law Int., 1998 available at <http://europe.eu.int/eur-lex/lex/en/index.htm>.
- Kropotkin, *La Conquête du Pain*, (Paris: Tresse and Stock, 1892) and J. Rawls, *A Theory of Justice*, (Cambridge, Mass: Beknup Press, 1971).
- Travis, S. Bennet, A. Haines, T. Pang, Z. Bhutta, A. Hyder, N. Pielemeier, A. Mills and T. Evans, "Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals", *The Lancet* (2004)
- Productivity Commission, Private hospitals in Australia, Commission Research Paper, Canberra: Ausinfo (1999).
- B. Scotton, and C. R. Macdonald, The making of Medibank, Sydney: School of Health Services Management, University of NSW (1993).
- Deber, "Why Did the World Health Organization Rate Canada's Health System as 30th?Some Thoughts on League Tables", 2:1 Longwoods Review 2 (2003).
- Dworkin, Taking Rights Seriously (London: Duckworth, 1978)
- E. Dorrington, D. Bradshaw, L. Johnson and D. Budlender, *The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa: National Indicators for 2004* (Cape Town: Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa, 2004).
- E. Moorin and C. D. J Holman, "Does federal health care policy influence switching between the public and private sectors in individuals?" Health Policy (2006)
- R. E. Moorin and C. D. J. Holman, "Modelling changes in the determinants of PHI utilisation in Western Australia across five health care policy eras between 1981 and 2001." Health Policy (2007)

- R. E. Moorin, and C. D. J. Holman, "Development of a health care policy characterization model based on use of private health insurance." Australia and New Zealand Health Policy (2005)
- R. Moorin, K. J. Brameld, et al., "Health care financing and public responses: use of privateinsurance in Western Australia during 1980-2001." Australian Health Review (2006)
- R. Nozick, Anarchy, State and Utopia (Oxford: Blackwell, 1994).
- R. Plant, Modern Political Thought (Oxford: Blackwell, 1991), p. 269 and S. Fredman, "Human Rights Transformed: Positive Duties and Positive Rights," Public Law, (2006)
- R. Stewart, A. Padarath and C. Milford, "Emerging threats to equitable implementation of ART in South Africa", *Acta Academica Supplementum* (2006) 1, p. 286-308.
- Bennett, "The 1974 joint sitting of Parliament: thirty years on" Research Note (7) 2004–05, Australian Parliamentary Library. Also at http://www.aph.gov.au/Library/; accessed 27 December 2007)
- Carney, Australia in Accord. Politics and industrial relations under the Hawke Government, (South Melbourne: Sun Books, 1988).
- S. Carter and S. Chapman, "John's $12 tonic: Press coverage of the government's selling of a private health insurance rebate." Australian and New Zealand Journal of Public Health (2001)
- S. Gath, "Enhanced consumer rights in private health care: Have the "Lawrence Amendments" delivered?" Journal of Law and Medicine (1999)
- S. Gimbel-Sherr, M. Micek, K. Gimbel-Sherr, T. Koepsell, J. Hughes, K. Thomas, J. Pfeiffer and S. Gloyd, "Using nurses to identify HAART eligible patients in the Republic of Mozambique: results of a time series analysis", *Human Resources for Health* (2007) 5, p. 7.
- S. Hopkins and M. P. Kidd, 'The determinants of the demand for private health insurance under Medicare', Applied Economics (1996)
- S. J. Duckett and T. Jackson, "The new health insurance rebate: An inefficient way of assisting public hospitals", Medical Journal of Australia (2000)
- S. J. Duckett, "Chopping and changing Medibank part 2: An interpretation of the policy making process", Australian Journal of Social Issues, (1980)
- S. J. Duckett, "Living in the parallel universe in Australia: public Medicare and private hospitals." CMAJ (2005)
- S. J. Duckett, "Private care and public waiting." Australian Health Review (2005)
- S. J. Duckett, "Structural interests and Australian health policy", Soc Sci Med, (1984)
- S. J. Duckett, "The Australian Health Care Agreements 2003-2008."Australian & New Zealand Health Policy 1: http://www.anzhealthpolicy.com/cntent/1/1/5, (2004).
- S. R. Collins, et al. Rite of Passage? Why Young Adults Become Uninsured and How New Policies Can Help, (New York: Commonwealth Fund, 2006)

- S. R. Collins, et al., Health Coverage for Aging Baby Boomers: Findings from the Commonwealth Fund Survey of Older Adults, (New York: Commonwealth Fund, 2006)
- S. Sax, A Strife of interests: Politics and Policies in Australian Health Services, North Sydney, Allen and Unwin, 1984.
- S. Stjerno, Solidarity in Europe: The History of an Idea (Cambridge University Press, 2005).
- S. Weiser, W. Wolfe, D. Bangsberg, I. Thior, P. Gilbert, J. Makhema, P. Kebaabetswe, D. Dickenson, K. Mompati, M. Essex and R. Marlink, "Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (2003) 3, p. 281-288
- S. Willcox, "A healthy risk? Use of private insurance. Background Paper No. 4", Melbourne National Health Strategy (1991).
- S. Willcox, "Buying best value health care: Evolution of purchasing among Australian private health insurers." Australia and New Zealand Health Policy (2005) 2, p. 6. Available at: http:/www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/6.
- S. Willcox, "Promoting private health insurance in Australia." Health Affairs (2001) 3, p. 152-161.
- S.J. Duckett, The Australian Health Care System. (3rd ed.) (Melbourne: Oxford University Press, 2007).
- Sir John Laws, "The Constitution: Morals and Rights", Public Law, (1996)
- Fox, 'The antipodes. Private practice publicly supported' Lancet (1963)
- H. Kewley, Social security in Australia 1900–72, (Sydney: Sydney University Press, 1973).
- T. S. Jost, D. Dawson and A. P. den Exter. "The Role of Competition in Health Care: A Western European Perspective" Journal of Health Politics, Policy and Law vol 31, no 3 (2006)
- T.H Marshall‹ Citizenship and Social Class (Cambridge University Press, 1950), and, in health care‹ Choices in Health Care (Government Committee on Choices in Health Care, Zoetermeer‹ The Netherlands, 1992
- the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (ICESCR), the Council of Europe's Social Charter (ESC) and the European Code on Social Security
- Universal Declaration of Human Rights, Paris, December 10th 1948.
- Kymlicka, Liberalism, Community and Culture (Oxford University Press, 1991).
- Stevens, S. Kaye and T. Gorrah, "Antiretroviral therapy in Africa", *British Medical Journal* (2004) 328, p. 280-282.
- Wolfe, S. Weiser, K. Leiter, W. Steward, F. Percy-de Korte, N. Phaladze, N. Lacopino and M. Heisler, *Impact of universal access to antiretroviral therapy on HIV stigma in Botswana*, XVI International AIDS Conference, Toronto (2006).

- W.B. Gallie, "Essentially contested concepts", in Proceedings of the Aristotelian Society 56 (1955)
- WHO, Declaration of Alma-Ata (International Conference on Primary Health Care), 1978
- Liu, W. C. Hsiao, et al., "Equity in health and health care: the Chinese experience ". *Social Science & Medicine* (1999)

المؤلفون فى سطور:

- **سيلفيا بورزوتسكي:** أستاذ محاضر للعلوم السياسية والعلاقات الدولية بجامعة كارنيجي ميلون. لها مؤلفات مكثفة حول الأمن الاجتماعي والسياسات الصحية، إضافة إلى الحقل السياسي في تشيلي. ألفت كتاب "صلات حيوية: السياسة والأمن الاجتماعي وعدم المساواة في شيلي (Notre Dame Universit Press, 2002)، ومحرر مشارك لكتاب " ما بعد بينوشيه: الطريق الشيلي للرأسمالية والديموقراطية (University Press of Florida, 2006). وكتبت أيضا أكثر من ٣٠ مقالة حول السياسة والأمن الاجتماعي والسياسات الصحية والشأن السياسي في أمريكا اللاتينية والعلاقات الدولية. وهي تعكف حاليا على تحرير كتاب عن حكومة باتشيليت في شيلي.
- **مارتن إيه جيه إم بوييسن:** محام متخصص في القضايا الصحية وفيلسوف قانون، يعمل أستاذا مساعدا في قسم السياسة الصحية والإدارة الصحية بمركز إرازموس الطبي (جامعة إرازموس بروتردام). يترأس حاليا قسم القانون الصحي.
- **ستيفان دوكيت:** اقتصادي، ويرأس فريق الإصلاح في مؤسسة كوينزلاند الصحية، كان وزيرا لوزارة الصحة الأسترالية من عام ١٩٩٤ إلى ١٩٩٦، وتقلد مناصب قيادية في إدارة الصحة الفيكتورية بجامعة تروب ويترأس مجلس الإدارة الحاكم لمؤسسة ألفريد وإخوان سانت لورنس. اعترف قرناؤه عام ٢٠٠٤ بتفوقه الأكاديمي، عندما انتخبوه زميلا في أكاديمية العلوم الاجتماعية بأستراليا، وفي ٢٠٠٦ مُنِح بواسطة جامعة جنوب ويلز الجديدة جائزة الدكتوراه العليا في العلوم (Doctor of Science)، بناء على أعماله المنشورة، وهو أستاذ زائر في جامعة جريفيث وجامعة كوينزلاند.
- **أندريه دن إكستر:** محاضر في القانون الصحي بمركز إرازموس الطبي/جامعة إرازموس بروتردام، هولندا. ومنذ عودته إلى جامعة إرازموس في ٢٠٠٨، تركزت أبحاثه على القانون الصحي الدولي والأوروبي. قبل عودته إلى روتردام، عمل

محاضرا في القانون الأوروبي بجامعة رادبود نييميجن، قسم القانون الدولي والأوروبي.

- **كولين إم فلوود:** رئيس كرسي الأبحاث الكندي والمدير العلمي لمعاهد الأبحاث الصحية الكندية، ومعهد أبحاث السياسات والخدمات الصحية، وهي أيضا أستاذ مساعد للقانون في جامعة تورنتو، ومعينة في الوقت نفسه بقسم السياسة الصحية والإدارة والتقييم ومدرسة السياسات العامة. الميدان الأولي لعملها الأكاديمي ينصب على سياسات الرعاية الصحية المقارنة، والتمويل الخاص/العام لنظم الرعاية الصحية، وإصلاح الرعاية الصحية، وقضايا القابلية للمساءلة والحوكمة. هي مؤلفة ومحررة خمسة كتب، تتضمن:

1. International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis (Routledge, 2000),
2. Access to Care, Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada (UTP, 2005)
3. Just Medicare: What's In, What's Out, How We Decide (UTP, 2006),
4. Canadian Health Law and Policy (3rd ed.) (Butterworths, 2007),
5. Administrative Law in Context (Emond Montgomery, 2008).

- **ليزا فورمان:** زميلة ما بعد الدكتوراه بجامعة تورنتو، تقوم بالبحث في مسائل الحق في الصحة، والقدرة على الوصول إلى الدواء وقواعد التجارة. حاصلة على مؤهل حقوقي وتعمل محامية في جنوب أفريقيا مع بكالوريوس وماجستير من جامعة ويتووترزراند. حاصلة على دراسات عليا في حقوق الإنسان من جامعة كولومبيا ودكتوراه في العلوم القانونية من كلية الحقوق بجامعة تورنتو. موضوع رسالتها للدكتوراه يستكشف دور حقوق الإنسان في زيادة القدرة على الوصول إلى عقاقير

علاج الإيدز، بالتركيز على جنوب أفريقيا كدراسة حالة، تتضمن اهتماماتها البحثية الحق في الصحة والسياسة الدوائية العالمية، وقانون ونظرية حقوق الإنسان، ومسئولية الشركات الكبرى في ظل قانون حقوق الإنسان.

- **تيموثي ستولجفوس جوست**: يحمل أستاذية عائلة روبرت إل. ويليت بمدرسة الحقوق بجامعتي واشنطن ولي، وهو مؤلف مشارك كتاب "حالة القانون الصحي"، الذي ينتشر استخدامه في أنحاء الولايات المتحدة لتدريس القانون الصحي، وهو أيضا مؤلف كتاب "الرعاية الصحية في خطر، نقد الحركة المدفوعة بالمستهلكين" (consumer-driven movement)، وكتاب "محددات تغطية الرعاية الصحية: دراسة دولية مقارنة"، وكتاب "قراءات في قانون الصحة المقارن والأخلاقيات الحيوية"، والعديد من المقالات وفصول الكتب حول تشريعات الرعاية الصحية التنظيمية وقانون وسياسات الصحة المقارنة.

- **مينه كانج كم**: أستاذ مساعد في قسم الإدارة العامة بجامعة إيوها وومانز، بكوريا الجنوبية، وهي أيضا مدير مساعد معهد التنمية القيادية بإيوها. بعد حصولها على الدكتوراه في برنامج السياسة الصحية بجامعة هارفارد، عملت الدكتورة كانج محاضرا بمدرسة الطب في هارفارد وعالما مساعدا بمعهد السياسية الصحية بمستشفى ماساشوستس العام في بوسطن. نشرت الدكتورة كيم مقالات في جرائد مثل شئون الصحة والرعاية الطبية وJAMA . يتعلق آخر أبحاثها بالتفاوت في قضايا الصحة والنوع، وتحليل سياسي للسياسة الصحية.

- **فيفيان لين**: تتقلد رئاسة الصحة العامة في جامعة لا تروب منذ منتصف عام ٢٠٠٠، وكانت رئيس مدرسة الصحة العامة حتى ٢٠٠٥. من عام ١٩٩٧ إلى حينئذ، شغلت الرئيس التنفيذي للبرنامج القومي الأسترالي للشراكة في الصحة العامة. في السابق تقلدت مناصب كبرى في وزارة الصحة ولجنة الأمن والصحة المهنية القومية وقسم الصحة الفيكتوري (وخلفاؤه)، وهي رئيس مجلس إدارة شبكة معاهد الصحة العامة الأكاديمية (ANAPHI)، والرئيس الفخري لهيئة تسجيل الطب الصيني لفيكتوريا (منذ ٢٠٠٠)، وعضو المجلس الصيني الأسترالي (منذ

٢٠٠٦). انتخبت في عام ٢٠٠٧ نائب رئيس الشئون العلمية للاتحاد الدولي للتعزيز والتثقيف الصحي (IUHPE). شاركت في تأليف وتحرير عدد من النصوص الرئيسية في أستراليا، في التخطيط الصحي والسياسة الصحية وأعمال الصحة العامة. تشمل مؤهلاتها الدراسية بكالوريوس البيولوجي من جامعة يال والعلوم السياسية وماجستير ودكتوراه في الصحة العامة من جامعة بيركلي، حيث ركزت اهتماماتها الوبائيات الاجتماعية والصحة المهنية والسياسة الصحية. يغطي اهتمام فيفيان البحثي الاقتصاد السياسي للصحة والرعاية الصحية والعولمة والتنمية الصحية وتنفيذ السياسات والنظم الصحية والإصلاحات الصحية المقارنة.

- **كريس نيودايك:** محام أمام المحكمة العليا، وأستاذ قانون صحة بجامعة ردنج بالمملكة المتحدة. خدم في لجنة الدواء بوزارة الصحة بالمملكة المتحدة، وأعطى شهادة أمام لجنة الصحة بمجلس العموم حول معهد الصحة الوطني والتميز الإكلينيكي، وهو مستشار فخري لاتحاد الرعاية الأولية ببيركشاير الغربية وعضو لجنة أولويات بيركشاير التي تقدم النصح السلطات الصحية حول تخصيص موارد الرعاية الصحية، وهو مستشار الجمعية الطبية البريطانية لحزب العمال حول الحصص المجانية في نظام الخدمات الصحية الوطني، وهو مؤلف من بين مدى واسع من النشر في مجال قانون وأخلاقيات الرعاية الصحية، قام بتأليف "من يجب علينا أن نعالجه؟ الحقوق والحصص المجانية والموارد في نظام الخدمات الصحية الوطني (مطبعة جامعة أكسفورد ٢٠٠٥).

- **بول شوكينز:** أستاذ قانون الأمن الاجتماعي (المقارن والدولي والأوروبي) بجامعة لوفن الكاثوليكية، وهو المنسق العام لمعهد الأمن الاجتماعي الأوروبي، داخل جامعة لوفن، يعمل شوكينز في القسم الأوروبي من معهد القانون الاجتماعي، المنظم كوحدة أبحاث للأمن الاجتماعي الأوروبي، ويشارك شوكينز في تنظيم ماجستير الأمن الاجتماعي الأوروبي والمدرسة الصيفية للأمن الاجتماعي، وهو مدير برنامج البرنامج المتخصص، وهو دورة دراسية لمدة أسبوعين يعطي مقدمة عامة في الحماية الاجتماعية عبر أوروبا من منظور المجالات الأكاديمية.

- **نينا فينسترا:** كانت حتى أواخر ٢٠٠٧ كبيرة زملاء الأبحاث في قسم الأبحاث حول اقتصاديات الصحة وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز بجامعة كوازولو- ناتال. تخرجت نينا أوليا كأخصائية علاج طبيعي، ولكنها حصلت فيما بعد على ماجستير الصحة العامة من جامعة كيب تاون. أكملت مؤخرا أطروحة الدكتوراه من خلال جامعة كوازولو- ناتال في مجال السياسة الصحية وفيروس نقص المناعة/الإيدز. تتمحور اهتماماتها البحثية حول أثر فيروس نقص المناعة/الإيدز على النظم الصحية في أفريقيا جنوب الصحراء وإستراتيجيات إدارة مناسبة ومعدلة.

- **سوجيت خافيير:** بكالوريوس في الفنون، وبكالوريوس القانون وحقوق الإنسان وماجستير في القانون، كان باحثا مساعدا في قانون الصحة ومدير أبحاث بكلية الحقوق، جامعة تورنتو. هو مرشح للدكتوراه حاليا في مدرسة أوسجود للقانون، بجامعة يورك في كندا.

- **هونجوين جاو،:** يعمل حاليا باحث ومدير إدارة الصحة الدولية لمعهد اقتصاديات الصحة الوطني بوزارة الصحة الصينية. حصل على ماجستير الاحصاء الحيوي في الصين وماجستير الصحة العامة بالولايات المتحدة الأمريكية ودكتوراه الصحة العامة من استراليا. عمل كأخصائي صحي ومدير مشروع في وزارة الصحة ومكتب البنك الدولي في الصين لأكثر من عشر سنوات. كان مساعد المدير العام لمركز الموارد البشرية الصحية ومدير مشروع دعم السياسة الصحية في إدارة السياسات والتشريع بوزارة الصحة. تتعلق أبحاثه بتشريعات الرعاية الصحية التنظيمية، والحوكمة والسوق ودور المجتمع المدني وتشكيلاته في النظام الصحي أثناء فترة الانتقال إلى اقتصاد السوق.

المترجمان فى سطور:

د. أحمد زكي

- طبيب وباحث ومترجم.
- كبير أخصائيين بوزارة الصحة المصرية في مجال الرعاية الصحية الأولية بالريف والحضر.

من أهم أعماله:

- ترجمة كتاب "إصلاح حقيقي للقطاع الصحى: مرشدك إلى تحسين الأداء والإنصاف "- المركز القومي للترجمة بمصر، ٢٠٠٩.
- ترجمة كتاب "أرواح في خطر: الصحة العامة في مصر إبان القرن التاسع عشر، ٢٠١٠" (تحت الطبع)
- إعداد كتاب "الأناركية، المدرسة الثورية التي لم نعرفها". دار الخماسين، يناير ٢٠١١.
- إعداد "تقرير صحة المراهقين في مصر: تحليل الوضع وتحليل الاستجابات"، ٢٠١٢.
- ترجمة "الحقيقة والأكاذيب في مجال الصحة العامة: ماذا يصيبنا عندما يصطدم العلم بالسياسة"، المركز القومي للترجمة، مصر.

د. علاء غنام

- طبيب وباحث ومترجم.
- استشاري الصحة النفسية للأطفال.
- خبير في سياسات الإصلاح الصحي.
- مدير عام سياسات الإصلاح الصحي- وزارة الصحة المصرية (سابقا).
- مدير برنامج الحق في الصحة بالمبادرة المصرية للحقوق الفردية (حاليا).

من أعماله:

- مؤلف لعديد من البحوث والدراسات والمقالات المنشورة حول الطفولة وصحة الطفل في كل من جرائد الأهرام والأهالي والعالم اليوم والبديل والعربي الكويتية والمجلس المصري للطفولة.
- كتاب صحة الطفل النفسية والعقلية ،١٩٩٢ دار يافا للنشر.
- كتاب "العنف وحقوق الطفل" المركز القومي لثقافة الطفل ١٩٩٥.
- شارك فى ترجمة كتاب "خرافة التنمية"، ١٩٩٦، مركز الدراسات القانونية لحقوق الإنسان .
- مراجعة كتاب "إصلاح حقيقي للقطاع الصحى: مرشدك إلى تحسين الأداء والإنصاف"، المركز القومي للترجمة- مصر، ٢٠٠٩.

المراجع فى سطور:

د. محمود خيال

- تخرج في كلية الطب، جامعة القاهرة في عام ١٩٦٤.

- حصل على الدكتوراة من جامعة هايدلبرج بألمانيا في عام ١٩٧١.

- يعمل حاليا أستاذًا غير متفرغ بكلية الطب - جامعة الأزهر بقسم الأدوية (الفارماكولوجي).

- له اهتمامات علمية واجتماعية وثقافية متعددة، وعضو مجلس إدارة الاتحاد الدولي للفارماكولوجيا الإكلينيكية، وعضو لجنة الثقافة العلمية بالمجلس الأعلى للثقافة، وعضو لجنة الترجمة العلمية بالمركز القومي للترجمة.

من أهم أعماله:

ترجمة كتابي "الإسلام والعلم" و "صخور الزمان" إلى جانب عدد آخر من كتب تبسيط العلوم ومقالاتها.

التصحيح اللغوى: عبد الرحيم عامر
الإشــراف الفنــى: حســن كــامــل